

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – prezenční forma



Kostrábová Mária

Uplatnění case managementu v adiktologických službách v ČR

The implementations of case management in addictological servises in the Czech Republic

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jiří Libra

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma Uplatnění case managementu v adiktologických službách v ČR jsem vypracovala samostatně a uvedla v ní všechny použité zdroje, literaturu a prameny.

Souhlasím, s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 18.7.2017

Kostrábová Mária

Poděkování

Děkuji PhDr. Jiřímu Librovi za poskytnuté rady a neskonalou trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

Mé poděkování patří též všem respondentům výzkumu za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Identifikační záznam:

KOSTRÁBOVÁ, Mária. *Uplatnění case managementu v adiktologických službách v ČR. [The implementations of case management in addictological servises in the Czech Republic]*. Praha, 2017. Počet stran. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 1. LF UK 2017. Vedoucí závěrečné práce, PhDr. Jiří Libra.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá tématem case managementu v oblasti adiktologických služeb a jeho uplatnění v České Republice. Cílem této práce je zmapování aplikace case managementu ve vybraných zařízeních. Práce se skládá ze dvou částí, přičemž první část obsahuje teoretický základ sestavený z obecné historie case managementu, základní charakteristiky modelů case managementu a z efektivních prvků case managementu podle Rappa. Praktická část zpracovává data z individuálních polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky služeb, zabývajících se case managementem s uživateli návykových látek. Rozhovory nejsou zachovány. Data jsou zpracována na základě porovnání efektivních prvků case managementu. Výsledky této práce nelze aplikovat na všechny adiktologické služby, které provází case management, z důvodů vytvoření individuálních procesů. Case management v České republice zatím nemá v adiktologických službách stálé místo.

Klíčová slova: case management, adiktologické služby, efektivní prvky case managementu, evaluace

Abstract

This bachelor thesis discusses the use of case management in addictology services and its applicability in Czech Republic. The main goal of the thesis is to study the application of case management in selected services. The thesis consists of two parts, which includes history of case management, basic characteristics of the case management models and the principles of effective case management by Rapp, and processing and evaluation of data collected during individual half-structuralized interviews with members of service providers respectively. Interviews aren't part of the thesis. The pieces of information are processed based on comparison of the principles of effective case management. Outcomes of this work cannot be transferred to any other service providers, because researched service providers created individualized processes. The use of case management in Czech Republic is not completely settled and does not have stable foundations in medical practice yet.

Key words: case management, addictological servises, efective elements of case managment, evaluation

OBSAH

1. Úvod	8
2. História Case Managementu.....	10
2.1 Vývoj case managementu vo Veľkej Británii.....	12
2.2 História case managementu s užívateľmi látok.....	14
3. Všeobecný prehľad case managementu.....	17
3.1 Definícia case managementu.....	17
3.2 Prečo case management	18
3.3 Princípy case managementu	19
3.4 Case manager	20
3.5 Modely Case Managementu.....	21
4. Praktické požiadavky efektívneho case managementu	26
4.1 Efektívne prvky case managementu.....	28
5. Metodologický rámec	37
5.1 Výskumný cieľ	37
5.2 Výber organizácií pre spoluprácu na výskume	37
5.3 Použité metódy.....	37
5.4 Charakteristika organizácií.....	38
5.4.1 SANANIM z.ú.....	38
5.4.2 Poradenská služba v Brne.....	38
6. Interpretácia dát	38
7. Diskusie a závery.....	48

1. Úvod

Ku case managementu ako prístupu pri liečbe adiktologických pacientov som sa dostala v rámci výučby odboru adiktológie na 1.Lekárskej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe. Tento prístup ma zaujal hneď od začiatku, prišlo mi to úplne iné, než je drvivá väčšina služieb v oblasti liečby závislostí. Case management je pre mňa prístup, ktorý prezentuje individualitu, cielenosť, multidisciplinárne znalosti a potrebuje človeka, ako case managera, ktorý dokáže dať klientovi všetko čo potrebuje.

Definícia case managementu nie je nikde v literatúre jednoznačná, a preto neexistuje všeobecne platná definícia. Aj keď je tento prístup mnohými vnímaný ako úplne nový koncept, má bohatú históriu, ktorá sa datuje od roku 1863 v USA. Starostlivosť o duševné zdravie bola predchodcom vo vývoji a aplikácii case management systémoch, ktoré boli využívané po viac ako sto rokov pre koordináciu roztrieštených služieb a kontroly nákladov.

V adiktológii sa tento fenomén objavil v priebehu 80. rokov 20. storočia v Amerike. Prístup sa šírila potom do Kanady, Európy, Austrálie a iných krajín sveta. V českých adiktologických službách, sa tento princíp aktuálne dostáva do pozornosti odbornej verejnosti a v niektorých sa praktizuje

Východiskovým bodom mojej práce sú organizácie, ktoré uvádzajú, že pri práci s adiktologickou klientelou praktizujú metódu case management (SANANIM z. ú.. Praha, Poradenské centrum v Brne, ktoré patrí pod organizáciu Podané ruce).

Cieľom tejto práce je zistiť ako služby, ktoré praktizujú case management v adiktologických službách v Českej republike, aplikujú efektívne prvky case managementu podľa Rappa. Zaujíma ma, ako organizácie fungujú. Ako vyzerá aplikácia case managementu v podaní organizácií v Českej republike, a či sa približuje teoretickým východiskám, ktoré popisuje odborná literatúra. Táto bakalárska práca by mohla poslúžiť ako obraz adiktologických služieb, ktoré používajú case management so svojimi klientmi, pri hľadaní lepšieho uplatnenia a aplikácii case managementu do budúcnosti. Táto práca je prípadovou štúdiou, ktorá zobrazuje zavedenie case managementu, vývoj podoby konkrétneho prístupu a porovnanie súčasného stavu s tým, čo výskumy v zahraničí (podľa Rappa) stanovili ako efektívne prvky pre prácu

s case managementom. Tiež sa môže stať dobrým prehľadom pre tých, ktorí sa zaujímajú o túto oblasť, z dôvodu bohatej zahraničnej literatúry v teoretickej časti. A teda v teoretickej časti sa zaoberám históriou case managementu, dôvodmi, prečo zavádzať case management, modelmi a efektívnymi prvkami case managementu. V praktickej časti práce popisujem, ako som vybrala dané organizácie, ako prebehol zber dát a ich vyhodnotenie.

2. História Case Managementu

Už v 19. storočí v Amerike, dobročinné organizácie poskytovali služby osobám, ktoré boli chudobné a v núdzi. Toto správanie bolo bežné, ešte predtým, ako sa na tom začal čiastočne podieľať štát. Ponuka sociálnych služieb, či lepšie povedané služieb pre ľudí bola odvodená z čiastočných a duplicitných úsilí týchto ranných a jediných organizácií. Počas intervenčných rokov sa agentúry pobili s vývojom komplexných a jednotných stratégií poskytovania služieb. Značný dopad na vývoj organizovaných služieb mal zákon o sociálnom zabezpečení z roku 1932. Vďaka nemu sa vláda začala stretávať s potrebami ľudí. Taktiež sa pokúsil spojiť dohromady niekoľko rôznych programov do logického vzťahu. Ako napríklad verejná podpora či sociálne poistenie zdravia matiek a detí (Rise, 1977).

Ďalšia vlna legislatívy nastala v roku 1960, posunula sa ku koordinačným službám so zameraním na existujúce a novovytvorené zdroje v systematickom prístupe k cieľovému problému. Početné legislatívne opatrenia, ako je zákon o duševnom zdraví, komplexný zákon o zdravotných službách, „Úrad ekonomických príležitostí“ (Office of Economic Opportunity) a zákon o modely miest sa pokúšali priniesť dohromady predtým separované programy v medicíne, sociálnej starostlivosti, duševnom zdraví a plánovaní, aby fungovali v harmónii (Rice, 1977).

Nárast iniciatív v šesťdesiatych rokoch viedol k vývoju veľkého počtu samostatne zriadených sociálnych služieb v sedemdesiatych rokoch. Tieto služby boli organizované v rámci konceptu jednej služby alebo súboru služieb. Výsledkom bola špecializácia a rozčlenenie systému služieb do rôznych oblastí ako odborné rehabilitácie, duševné zdravie, starostlivosť o deti a vývojové postihnutia.

V roku 1962 Prezidentská rada pre Mentálnu Retardáciu¹ vyjadrila znepokojenie o efektívite, s ktorou by spotrebitelia mohli zabezpečiť potrebné služby. Rada navrhla

¹ The President's Panel on Mental Retardation bola skupina vedcov, doktorov a ďalších, ktorí mali pripraviť akčný plán v oblasti mentálnej retardácie. Povolani boli prezidentom USA Johnom F. Kennedym. Táto rada začala v roku 1961, s požiadavkou od prezidenta, aby koncom roku 1962 podala report. Rada strávila rok interpretáciou, zhromažďovaním a diskusiou o možných riešeniach. 16. októbra 1962 predstavili viac ako 100 odporúčaní pre úplný štátny prístup a vyzvali prezidenta, aby premýšľal a smelo plánoval.

kontinuum starostlivosti, ako dôležitý faktor, ktorý bolo potrebné zväžiť. Vďaka reakcii na silnú obhajobu alternatív k inštitucionalizácii, bolo mnoho z týchto pojmov navrhnutých v programe pre národné opatrenia pre boj proti mentálnej retardácii, ktorý bol navrhnutý v rámci Prezidentskej rady pre Mentálnu Retardáciu. Neskôr sa tento program vyvinul do dnešnej podoby case managementu.

Zmiešaný úspech programov sociálnych služieb v 60. rokoch viedol k snahe zosúladiť mnoho služieb do koordinovaného administratívneho prúdu. Doslova explózia v rámci ľudských služieb, ktoré začali v 60. rokoch, alebo inak nazvaná ako „Kennedyho éra“ mala za následok nespočetné množstvo programov, kritizovala tieto programy a mala stratégie pre zlepšovanie týchto programov. Výsledkom týchto kritických pokusov bolo založenie programov, ktoré by integrovali služby. Tieto programy sa stali predchodcami case managementu.

Naliehavá potreba case managementu viedla k dvom rôznym vplyvom, ktoré radikálne zmenili prostredie ľudských služieb počas dvoch desaťročí. Prvý vplyv bol o rapidnej expanzii programov ľudských služieb, ktoré vypukli v priebehu šesťdesiatych a do začiatku sedemdesiatych rokov. Dôsledkom tejto expanzie, celkového nárastu dostupnosti služieb, hoci kategoricky viedol ku komplexu fragmentovanému, duplicitnému a nekoordinovanému systému. Nedostatky systému sa šírili v literatúre so zhodnými referenciami ako: „prekrývajúci sa systém,“ „duplicitný systém,“ „fragmentovaný systém“ a „klienti padajú medzi trhlinami systému“ (Wray & Wieck, 1985). Druhý vplyv, ktorý radikálne zmenil systém ľudských služieb a prispel k dôležitosti case managementu bola deinštitucionalizácia. Zmena z modelu služieb „pod jednou strechou“ na rozptýlenú starostlivosť a podporný systém v komunite priniesla kombináciu rôznych problémov. Negatívne dôsledky zlyhania poskytovať adekvátnu a primeranú komunitnú starostlivosť deinštitucionalizovaným osobám sa dostali do pozornosti v sedemdesiatych rokoch (Bassuk & Gerson, 1978; GAO Report, 1976; Lamb & Goertzel, 1971; Segal & Aviram, 1978; Willer, Scheerenberger & Intagliata, 1978). Koncom sedemdesiatych rokov bola potreba case managementu, opäť stredobodom pozornosti v programe ľudských služieb (Gans & Horton, 1975).

V tomto období Leonard Stein a Mary Anne Test prišli s modelom starostlivosti, ktorý bol nazvaný PACT – Psychiatric Assertive Community Treatment. Tento projekt bol realizovaný v Madisone, v štáte Wisconsin. Bol zacielený na pacientov, ktorí končili hospitalizáciu. Bola im poskytnutá individuálna intenzívna starostlivosť PACT tímu 24 hodín denne, 7 dní v týždni. Práca PACT tímu sa zameriavala najmä na podporu pri vyhľadávaní pracovných miest, či miest chránenej práce, na vzdelávanie a na pomoc pri každodenných aktivitách. Pomoc bola poskytovaná v prirodzenom prostredí klienta, či už na pracovisku, doma a pod. Jednou z výhod bolo, že tím mal právo rozhodnúť o prípadnej hospitalizácii klienta (ktorú sa snažili minimalizovať). Tento program, bol neskôr zavedený vo viacerých krajinách a dodnes slúži ako vzorový systém case managementu. Bol veľmi úspešný, preukázal štatistický významný pokles počtu rehospitalizácií klientov PACT tímu (6% v prvom roku k 66% v kontrolnej skupine). Bol taktiež pozorovaný ako ekonomicky porovnateľný alebo aj lacnejším variantom než lôžková starostlivosť (Janoušková & Nedělníková, 2008).

Rozšírenie case managementu do oblasti iných ako starostlivosti o mentálne zdravie, súviselo s rýchlym rastom nákladov zdravotnej starostlivosti a so zavedením nových úhrad zdravotného poistenia v osemdesiatych rokoch

2.1 Vývoj case managementu vo Veľkej Británii.

V Spojených štátoch bola hlavným dynamickým impulzom požiadavka úspory finančných prostriedkov, zatiaľ čo vo Veľkej Británii a severnej Európe bol prvotným popudom k tvorbe rehabilitačných programov povojnový nedostatok pracovných síl.(Warner, 1985 podľa Stuchlík, 2002)

Obsadenosť psychiatrických lôžok v Anglicku bola na vrchole v r.1954. Avšak pri pozorovaní relácie s veľkosťou populácie zistujeme, že vrchol bol v r.1930. Od roku 1930 sa počet hospitalizácií zvyšoval, ale klesala ich priemerná dĺžka. Významným je podiel prvých hospitalizácií v živote pacienta na všetky hospitalizácie. V roku 1930 to bolo 80%, v roku 1950 68%, a v polovici osemdesiatych rokov približne 27%. Hospitalizácie boli kratšie, no opakované (Stuchlík, 2002).

V r. 1930 bol zavedený zákon o duševnom zdraví, ktorý dovoľoval dobrovoľné prijatie k psychiatrickej hospitalizácii. Rozvoj komunitných zariadení podporil zákon o duševnom zdraví z r. 1959. Nemocničný plán pre Anglicko a Wales z r.1962 stanovil, že počet psychiatrických lôžok sa zníži na polovicu do r.1975, taktiež hájil kratšie hospitalizácie a presun psychiatrických lôžok do miestnych všeobecných nemocníc. Systém spoločného financovania mal zlepšiť integrované plánovanie a poskytovanie služieb. Cieľom financovania bolo posilniť štátne zdravotníctvo o aktivity sociálnych služieb. Finančné prostriedky, boli poskytované iba na spoločné projekty. Wistow (1990) popísal neuspokojivé výsledky tejto stratégie, kvôli problémom, ktoré pramenili z rozporov jednotlivých oddelení štátnej správy ohľadom politiky komunitnej starostlivosti. Rozdiely medzi spôsobmi vedenia zdravotných a miestnych úradov, chýbajúce sledovanie kvality a v podstate žiadna zdieľaná zodpovednosť za úspech či neúspech spoločných plánov, to všetko bolo bariérou, ktorá bránila spoločnej práci (Stuchlík, 2002).

V r.1986 auditná komisia po prvý krát popísala rolu case managerov. Komisia navrhla systém case managementu s vlastnou rozpočtovou autonómiou ako spôsob, s ktorým obísť problémy v spolupráci medzi organizáciami (Stuchlík,2002). V tom istom roku bola spracovaná vládna správa o politike komunitnej starostlivosti, ktorá zdôrazňovala, že najpodstatnejšou úlohou komunitnej starostlivosti je umiestniť zodpovednosť za starostlivosť čo najbližšie ku klientovi a jeho rodine či opatrovateľom a odporučila, aby rola case managera obsahovala zodpovednosť za stratégiu a financovanie (Griffiths, 1988 podľa Stuchlík, 2002).

V r. 1989 britská vláda vydala vyhlášku a v r. 1990 zákon, ktoré zásadne menia organizáciu zdravotníckych služieb. Šlo o vytvorenie trhovej situácie rozdelením štátneho zdravotníctva na časť, ktorá bude nakupovať služby pre populáciu v spádovej oblasti a časť, ktorá poskytne služby na základe zmluvy. Problematickou otázkou, tu je ako zistiť, aby neviedla k fragmentácii systému služieb. Case manager má ústrednú rolu, ako ten, kto hodnotí potreby klientov a koordinuje vytváranie finančných prostriedkov (Stuchlík, 2002).

Tu môžeme pozorovať rozdiel medzi americkým modelom case managementu a britským. V americkom modeli, sa case manager snaží naviazať vzťah s klientom a pomáha mu pri zaisťovaní nadväzujúcej starostlivosti a zároveň koordinuje služby. Kdežto u britského

modelu môžeme pozorovať orientáciu tohto modelu na tržné mechanizmy a ekonomickú úspornosť.

2.2 História case managementu s užívateľmi látok

Od roku 1980 bol case management adaptovaný pre prácu s osobami, ktoré majú poruchy súvisiace s užívaním látok (Graham & Birchmore-Timney, 1990; Ogborne & Rush, 1983; Rush & Ekdahl, 1990 podľa W.Vanderplasschen, 2004), ale ako problém začal byť vo zvýšenej miere chápaný ako mnohostranné, chronické a recidivujúce ochorenie, ktoré vyžaduje komplexný a kontinuálny prístup (Brindis & Theidon, 1997; Mc-Lellan, 2002 podľa Vanderplasschen, 2004). Hoci, bol modelovaný podľa príkladu z oblasti liečby duševných ochorení, vyvíjal sa case management pre osoby užívajúce látky skôr samostatne, čo dokladá od začiatku výrazný rozdiel medzi starostlivosťou o duševné zdravie a liečbu drogovej závislosti v niekoľkých krajinách (Ridgely & Jerrell, 1996; SAMHSA, 1998; Broekaert & Vanderplasschen, 2003, podľa Vanderplasschen, 2004). Lighfoot et al. (1982, podľa Vanderplasschen, 2004) ukázali ako prví, že intervencia by mohla znížiť postupný úbytok pacientov v liečbe a zlepšiť tak jej psychosociálne výsledky i výsledky z hľadiska užívania drog a alkoholu. Od 90.rokov 20. storočia sa zaviedli stovky case management programov v Kanade a v USA, a v niektorých európskych krajinách (napr. Nemecko, Holandsko a Belgicko) (EMCDDA, 2001; SAMHSA, 1998, podľa Vanderplasschen, 2004), pričom očakávali pozitívny vplyv na zapojenie do liečby, udržanie pacientov v liečbe a koordináciu služieb z hľadiska užívania drog. Zvýšená potreba vedenia prípadov bola prisudzovaná stále väčšej komplexnosti problémov jednotlivých pacientov aj systému starostlivosti (Brindis & Theidon, 1997; Willenbring, 1996, podľa Vanderplasschen, 2004).

Zákondarcovia v Kanade boli prvými, ktorý preniesli mnoho kľúčových funkcií case managementu do oblasti liečby závislostí zvýrazňujúc nosné prvky zlúčenia case managementu a liečby závislostí

Hlavným impulzom pre uplatnenie case managementu ako doplnku a rozšírenia liečby užívania látok bolo zistenie, že mnoho osôb užívajúcich látky má popri samotnom užívaní látok ešte ďalšie závažné problémy ((Oppenheimer,Sheehan & Taylor, 1988; Sullivan, Hartmann, Dillon & Wolk, 1994; Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 2002;

Westermeyer, 1989; Wolf & Planije, 2002, podľa Vanderplasschen, 2004). V Spojených štátoch boli ďalšími podnetmi k zavedeniu intervencie tiež nedostatok a selektívna dostupnosť služieb, nedostatky v celkovej kvalite poskytovania služieb (zodpovednosť, kontinuita, komplexnosť, koordinácia, efektivita, účinnosť) a ďalej znižovanie nákladov ((Hall, Carswell, Walsh, Huber & Jampoler, 2002; SAMHSA, 1998; Ridgely & Willenbring, 1992; Willenbring, 1996, podľa Vanderplasschen, 2004). Implementácia case managementu v Holandsku nebola veľmi motivovaná ekonomickými hľadiskami, ale skôr zlou kvalitou života mnohých chronicky závislých užívateľov a obťažovaním verejnosti, ktoré tieto osoby spôsobovali v centrách miest (Wolf & Planije, 2002, podľa Vanderplasschen, 2004). V Belgicku boli hlavnými dôvodmi pre zavedenie case managementu chronické a komplexné problémy mnohých osôb užívajúcich látky a nedostatočná koordinácia a kontinuita starostlivosti (Vanderplasschen et al., 2002, podľa Vanderplasschen, 2004).

Na rozdiel od Spojených štátov amerických, kde je case management uplatňovaný v stovkách programov a štátnych zariadeniach od počiatku 90. rokov 20. storočia, nebola v Európe táto intervencia u osôb užívajúcich látky uplatňovaná v tak širokej miere. Dôvodom bola mimo iné vyššia dostupnosť a prístupnosť služieb a menší dôraz na znižovanie nákladov a rozporuplné výsledky ohľadom účinnosti case managementu pre psychicky choré osoby (Vanderplasschen, 2004). Nedávne reformy v liečbe návykových látok (napr. v Holandsku, Nemecku, či Belgicku) však posunuli dostupnosť, kontinuitu, nákladovú efektivitu a účinnosť do stredu záujmov a podnietili záujem o case management (Broekaert & Vanderplasschen, 2003; De Weert-van Oene & Schrijvers, 1992, Oliva, Gorgen, Schlanstedt, Schu & Sommer, 2001, podľa Vanderplasschen, 2004). Od roku 1995 vzniklo viac než 50 projektov, ktoré v Holandsku intervenciu uplatňujú (Wolf & Planije, 2002, podľa Vanderplasschen, 2004), zatiaľ čo počet projektov case managementu pre túto populáciu v Belgicku sa obmedzuje na 5 alebo 10 (Vanderplasschen, 2002, podľa Vanderokasschen, 2004).

V spojených štátoch bol case management úspešne zavedený s cieľom zvýšiť účasť a zotrvanie v liečbe u osôb užívajúcich látky obecné (McLellan et al., 1999; Saleh et al., 2002; Shwartz, Baker, Mulvey & Plough, 1997; Siegal, Rapp, Li, Saha & Kirk, 1997, podľa Vanderplasschen, 2004) a u populácie s mnohopočetnými potrebami, ktoré sa

potykajú s určitými prekážkami v prístupe ku službám alebo udržaniu kontaktu s nimi, ako sú napríklad tehotné ženy, matky, mladiství, problémový užívatelia alkoholu na verejnosti, osoby s duálnou diagnózou a osoby infikované HIV (Braucht et al., 1995; Brindis & Theidon, 1997; Drake & Noordsey, 1994; Godley, Godley, Pratt & Wallace, 1994; Laken & Ager, 1996; Sorensen et al., 2003, Willenbring, Whelan, Dahlquist & O'Neal, 1990, podľa Vanderplasschen, 2004). Väčšina z týchto programov sa snaží podporovať abstinenciu, zatiaľ čo európske programy uplatňujú skôr harm reduction. V Holandsku sa vykonávanie case managementu zameriavalo predovšetkým na osoby so silnou závislosťou (napr. pouličné prostitútky, matky s malými deťmi, bezdomovcov a osoby s duálnou diagnózou), ktorým aktuálne služby často neposkytovali dostatočnú podporu. Hodnotenie intervencie medzi poskytovateľmi liečby ukázalo, že case management prispieva k ustáleniu stavu týchto osôb (Broer & Noyon, 1999, podľa Vanderplasschen, 2004). V Belgicku bol case management určený osobám, ktoré užívajú látky s viacpočetnými a komplexnými problémami a s niekoľkými skoršími liečebnými epizódami, čo viedlo k lepším výsledkom klienta a koordinácii poskytovania služieb (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001, podľa Vanderplasschen, 2004).

3. Všeobecný prehľad case managementu

V tejto kapitole sa budem venovať potrebným definíciám case managementu, ktoré sú nevyhnutné pre porozumenie praktickej časti.

3.1 Definícia case managementu

Hoci sa case management presunul takmer do každej oblasti zdravotnej starostlivosti, tento termín nebol úplne definovaný. Newald (1986) navrhol, že najväčším problémom s case managementom je termín sám o sebe, je nešpecifický, vyjadruje viac služby ako jednotlivé prípady klientov. Schwartz et al. (1982) naznačil, že termín je ako Rorschachov test, znamená to, že je otvorený interpretácii diváka. Nedostatok jasného vymedzenia alebo všeobecne rozpoznané parametre prípadovej práce, majú za následok proliferáciu značných rozdielov v modeloch case managementu a nedostatok empirických údajov v meraní výsledkov case managementu. Nezávisle od použitého modelu, cieľom je vždy stav, kedy výstupy daného modelu primárne splňujú požadovanú kvalitu so zreteľom na čo najnižšie náklady zdravotnej starostlivosti (Kersbergen, 1996).

Je takmer nemožné, nájsť uspokojivý preklad slovného spojenia „case management“, pretože v súčasnosti sa používa v širokej škále významov. Slovo „management“ vzniklo z anglického „to manage“, čo v preklade znamená riadiť, viesť, organizovať, spravovať, dosiahnuť ciele (Matoušek a kol., 2003). Slovo „case“ môžeme preložiť ako kauza, prípad, proces alebo eventualita. Termín „case management“ je najčastejšie prekladaný ako koordinovaná starostlivosť o klienta v sieti sociálnych služieb (Šťastná, 2010), koordinované vedenie prípadu (Dvořáková a Nepustil, 2010), hospodárenie v rámci prípadu (Musil, 2012a) alebo prípadové vedenie (Stuchlík, 2002).

V angloamerickej literatúre bol tento pojem používaný 25 rokov a v poslednej dobe býva nahradzovaný termínmi ako asertívny komunitný prístup alebo asertívna komunitná liečba. Case manager je kľúčovou osobou nie len pre klienta, ale aj pre celý systém poskytovania starostlivosti (Stuchlík, 2002).

3.2 Prečo case management

Závislosť ovplyvňuje veľa stránok života závislej osoby. Úplné kontinuum služieb podporuje uzdravenie a aktivuje klienta k plnej integrácii do spoločnosti, ako nezávislého jedinca. Kontinuum služieb musí byť vytvorené tak, aby zaistilo záväzok a motiváciu, primárne liečebné služby v rámci vhodnej intenzity a hladiny, a podporné služby by mali umožniť individuálne udržanie dlhotrvajúcej „triezvosti“ počas vytvárania života v komunite.

Liečba by mala byť štruktúrovaná tak, aby umožnila hladké prechody do ďalšieho stupňa starostlivosti, mala by sa vyhnúť nedostatkom v službe, a mala by odpovedať rýchlej hrozbe relapsu. Case management môže pomôcť splniť všetko vyššie uvedené.

Case management je žiadaný, pretože vo viacerých právnych oblastiach, sú služby roztrieštené a nevhodné, tak aby spĺňali potreby populácie užívateľov drog. Tento nedostatok koordinovaných služieb vzniká z rôznych faktorov, zahŕňajúc:

- Rôzne zdroje financovania. Liečba závislostí je financovaná z viacerých zdrojov – štátne dotácie, súťažné granty, štátne a lokálne financie, financovanie zo zdrojov kriminálnej justície, a iné. Rôzne požiadavky a ciele týchto zdrojov môžu vyústiť v postupnému vedeniu programu.
- Sústrediť sa na programové financovanie, radšej než na systémové financovanie
- Financovanie smerovať na jednu metódu, radšej, než na kontinuum starostlivosti
- Neadekvátne financovanie vytvorené chýbajúcim miestom v kontinuu služieb
- Poradovníky vzniknuté nevhodným financovaním
- Bariéry medzi systémami (napr. duševné zdravie vs. látková závislosť, kriminálna justícia vs. duševné zdravie a látková závislosť)
- Nízka motivácia klientov (klienti, nie sú oceňovaní za svoje výsledky)
- Vstupné podmienky, ktoré zabraňujú vstupu klientov do služby
- Nezhody týkajúce sa priorit pre vstup a následnú liečbu

- Nedostatočná motivácia k tomu, aby programy spolupracovali

3.3 Princípy case managementu

Case management ponúka klientovi jeden bod kontaktu, kde môže využívať sociálny a zdravotný systém. Silne racionálny dôvod pre case management môže byť to, že spája do jedného bodu zodpovednosť za klientov, ktorí využívajú služby rôznych zariadení. (SAMSHA 2012, str. 13)

Základné prístupy case managementu vychádzajú z definície Rappa a Wintersteena (podľa Stuchlík, 2002). Stuchlík (2002) vymedzuje šesť zásad case managementu, ktoré uvádzam:

- Zameranie na zdravé stránky klienta viac než na psychopatológiu

Diagnóza vnáša zmätok do chaosu, ktorý umožňuje efektívnu komunikáciu medzi odborníkmi. Často v nej chýbajú informácie o individuálnych skúsenostiach klienta, jeho problémoch a nádejí do budúcnosti. Okrem iného môže stigmatizovať klienta a brániť jemu a jeho blízkym, aby sa naplno zapojili do terapeutického procesu.

- Podstatný je vzťah klienta a case manažera

Vzťah má väčší význam než presný plán intervencií. Nie symetrický, pretože case manager má silnejšiu rolu. Čím je vzťah viac na partnerskej úrovni, tým viac intervencie zodpovedajú klientovým skutočným potrebám. Vzťah sa lepšie utvára a udržuje, ak case manager sám priamo poskytuje niektorú službu (práca s rodinou, tréning schopností, poradenstvo).

- Intervencie sú založené na klientovom rozhodnutí

Ide o neustále úsilie brať do úvahy klientovo želanie a voľbu, kedykoľvek je to možné. Nastávajú situácie (klient je nebezpečný sebe aj okoliu), kedy case manager musí činiť rozhodnutie, ktoré je síce v záujme klienta alebo spoločnosti, ale v rozpore s jeho želaním.

- Asertivita intervencií

Nie je vhodné sa spoliehať na to, že klient vyhľadá pomoc, keď sa jeho stav zhorší. Čím vážnejšie je jeho ochorenie, tým je to menej pravdepodobné. Case manager musí mať

dobrý prehľad o klientovej skutočnej situácii. Preto je potrebné, dohodnúť si schôdzky nie iba v zariadení, kde klient trávi väčšinu času (napr. denný stacionár), ale aj inde, napríklad doma. Ak sa klient nedostavuje na schôdzky, nie je to signálom k ukončeniu starostlivosti, práve naopak - je potrebné ho nájsť.

- Aj ľudia s dlhodobým a závažným duševným ochorením sa môžu meniť, učiť, zlepšovať a je potrebné ich v tom podporovať

Je nutné stavať na zachovaných zručnostiach a schopnostiach, posilňovať klientovu vieru v zmeny k lepšiemu a jeho odhodlanie k tomu, aby o zmeny usiloval.

- Využívajú sa nie len tradičné služby, ale predovšetkým zdroje komunity. Spoločenstvo, v ktorom klient žije, je zdroj, nie prekážka.

Je potrebné vychádzať z potrieb klienta. Potrebuje klient „starostlivosť denného centra“, alebo zmysluplne vyplniť čas? Toto uvažovanie vedie k tomu, že case manager dokáže využiť komunitné zdroje určené nie len pre chorých: knižnice, kaviarne, kluby, telocvične a pod.

3.4 Case manager

Podľa Haasovej (2008) je case manager kľúčovou osobou pre klienta a celý systém služieb. Postavenie, či rola case manažera sa môže líšiť v rôznych modeloch case managementu. Case manager môže byť koordinátor práce tímu. Osoba, ktorá vyhľadáva a kontaktuje klientov, má prehľad o potrebách, schopnosť a obmedzeniach klienta. Je zodpovedný za plánovanie, realizáciu, monitorovanie a vyhodnocovanie spolupráce s klientom. Case manager je poradcom, terapeutom, obhajcom v zmysle hájenia záujmov a práv klienta a taktiež je aj koordinátorom a sprostredkovateľom služieb. Najčastejšie sa stretávame so súhrou viacerých rolí. Case manager je vlastne sprievodca klienta a zároveň jeho spoločník, ktorý mu pomáha nájsť cestu v systéme služieb a niektoré služby sám poskytuje.

Niekoľko autorov sa domnieva, že predchádzajúce pracovné skúsenosti, rozsiahly výcvik, znalosti o systéme zdravotnej a sociálnej starostlivosti a aj komunikačné a interpersonálne

skúsenosti sú prinajmenšom rovnako dôležité ako formálne kvalifikácie či tituly (Oliva et al. 2001; SAMHSA, 1998; Wolf & Planije, 2002, podľa Vanderplasschen, 2004).

Case manager by mal:

- Mať vždy snahu byť kompetentným vo zvláštnych okolnostiach , ktoré ovplyvňujú pacienta a sú spájané s konkrétnym liečebným programom
- Pochopiť rozsah klientových reakcií na výzvy spojené so špeciálnymi okolnosťami
- Uvedomovať si svoje limity, jeho vlastné poznatky a skúsenosti
- Vyhodnotiť osobné presvedčenia a predsudky o klientoch, ktorý majú špeciálne problémy a potreby
- Udržať si otvorený postoj k vyhľadávaniu a prijímaniu pomoci pre účely klienta
- Vedieť kde môže hľadať dodatočné informácie k daným problémom

3.5 Modely Case Managementu

Pri definovaní case managementu jeho modelmi nachádzame rôzne variácie v kontexte. Niektoré modely sa zameriavajú na poskytovanie sociálnych služieb, iné na koordináciu poskytovania služieb inými poskytovateľmi. A niektoré, poskytujú obidva možnosti.

Podľa Walsha (2000) väčšina programov case managementu sú postavené na základe týchto štyroch nasledujúcich modelov.

- Brokerský model
- Strengths – Bases Treatment/ Prístup založený na silných stránkach klienta
- Asertívna komunitná liečba/ prístup
- Klinický case management

Tieto modely nemajú presne stanovenú hranicu a nie sú jednoznačne odlišiteľné, ale skôr sa prekrývajú a navzájom dopĺňajú vo viacerých oblastiach. Tvorcovia case management programov sa musia rozhodnúť, ktorý z modelov (alebo modifikácia modelu) najlepšie spĺňa potreby klientely so zreteľom na využitie dostupných zdrojov daného programu komunity.

Napríklad, model založený na silných stránkach klienta bol adaptovaný pre prácu s užívateľmi cracku. Tento prístup bol vybraný nie iba pre jeho cielenie na získavanie zdrojov, ale hlavne preto, lebo pomáha klientom vidieť ich vlastné schopnosti ako cennú časť uzdravenia (Siegal and Rapp, 1996). Asertívna komunitná liečba bola implementovaná tak, aby klientom prepusteným z liečby poskytovala širokú škálu služieb integrovaných služieb, vrátane liečby závislostí, budovania zručností a získavania zdrojov.

Brokerský model

Úloha case manažera je podľa Scotta a Lehmana (Haasová, 2008) koordinovať služby v danej oblasti, kedy jeden pracovník má na starosti štyridsať klientov a aj viac. Úspešnosť tohto modelu je závislá na kvalite a počte služieb, ktoré sú dostupné v regióne. Case manager/ broker pracuje väčšinou iba v kancelárii, a nemá možnosť s klientom nadobudnúť bližší vzťah. Dnes sa tento model v oblasti o duševné zdravie takmer nevyskytuje. Walsch a Holton (2008) pripomínajú, že case manager tohto modelu nemá žiadnu finančnú zodpovednosť za klienta, jeho úlohou je iba posúdiť naplánovať, odkázať a monitorovať. Vďaka tomu je kvalita služby neistá, a ani to či bude služba klientovi prospešná. Brokerský model môžeme nájsť napríklad: u Probačnej a mediačnej služby v ČR, kde pomer pracovník a klient je 1:100. (Janoušková & Nedělníková, 2008).

Strengths-Based Perspective

Tento model case managementu spočíva v tom, aby klienti znovu objavili svoje silné stránky a schopnosti, to všetko je hnacím motorom pre získanie zdrojov a udržanie si stanovených cieľov. Case manager pomáha klientom identifikovať ich sily a schopnosti, podporuje klientov v určovaní cieľov, a pomáha im nájsť spôsob ako využiť ich silné stránky k dosiahnutiu cieľov. Zároveň poskytuje podporu klientom, aby mohli získať kontrolu nad svojimi zdrojmi, ako sú bývanie a zamestnanie (Rapp, 1998).

Asertívna komunitná liečba/ prístup

Tento model je modelom intenzívneho case managementu s nízkym počtom klientov, asertívnym zastupovaním a častým kontaktom s klientmi v komunite. Jeden pracovník má na starosť osem až desať klientov. V tomto modeli case manageri pracujú podľa Scotta a Lehmana v multidisciplinárnom tíme a prípady sa zdieľajú s celým tímom (Haasová, 2008). Pracujú spolu, aby poskytlí proaktívne služby a právne poradenstvo. Siegal (1998), upozorňuje na to, že asertívna komunitná liečba by mala obsahovať komponenty ako: nadväzovanie vzťahov s klientmi v ich prirodzenom prostredí, zameriavanie sa na praktické problémy každodenného života, zvládateľnou veľkosťou a počtom prípadov, častými kontaktmi medzi pracovníkom a klientom, tímovým prístupom a zdieľaním prípadov a dlhodobým záväzkom ku klientom. Tím case managementu poskytuje služby priamo klientovi, ak je klient odkázaný na externú organizáciu, tím starostlivo kontroluje vzťah medzi klientom a poskytujúcou službou (Bond, McGrew, & Fekete, 1995; Stein & Test, 1980).

Klinický case management

Inak nazývaný aj rehabilitačný model, je väčšinou kombináciou psychoterapie a case managementu. Siegal (1998) uvádza, že psychoterapia s case managementom je spätá a nie je možné ich od seba oddeliť. Case manager má v tomto modeli primárnu zodpovednosť za vykonávanie terapeutických intervencií, ktoré zahŕňajú terapiu, poradenstvo, pedagogické zručnosti a iné rehabilitačné zásahy skrz služby case managementu (Anthony, Cohen, & Farkas, 1990).

Podľa Scotta a Lehmana uvádzam **model intenzívneho case managementu**. (cit. podľa Haasová, 2008)

Je to model, kde case manager niektoré služby poskytuje, napríklad odborné poradenstvo, a iné vhodné služby vyhľadáva, sprostredkuje a koordinuje. Väčšinou má každý klient svojho case managera. Pomer pracovníka a klientov je rôzny. Spravidla pripadá na jedného case managera desať až tridsať klientov. V tomto modeli sa kladie menší dôraz na asertívne vyhľadávanie a kontaktovanie klientov, za to sa viac zdôrazňuje práca so silnými stránkami klienta.

Model intenzívneho case managementu/ asertívnej komunitnej liečby má v porovnaní s inými intervenciami významne rozdielne účinky ako: nižšia recidíva, nižšie užívanie alkoholu a drog, stabilita bývania, lepšia kvalita života a psychosociálne fungovanie, vyššia účasť a zotrvanie v liečbe, menšie využitie neambulantných služieb a nižšie náklady (Cox et al., 1998; Drake, McHugo et al., 1998; Godley et al., 2002; Rhodes & Gross, 1997; Witbeck et al., 2002, podľa Vanderplasschen, 2004). Intenzívny model sa javí ako najúčinnější u mimoriadne problematických užívateľov látok, ako napríklad chronický užívatelia pod vplyvom látok na verejnosti a osoby s duálnom diagnózou, keďže táto intervencia napomáha stabilizovať a zlepšovať ich psychosociálne fungovanie a znižovať využívanie nákladných neambulantných služieb (Drake, McHugo et al., 1998; Thornquist et al., 2000; Witbeck et al., 2002, podľa Vanderplasschen, 2004).

4. Praktické požiadavky efektívneho case managementu

Ako uvádza Libra (2015), Rapp si všima problémy s hodnotením modelov case managementu v oblasti starostlivosti o duševné zdravie. Modely sú vždy súhrnom jedinečných predpokladov, metód, štruktúr, okolností a Rapp považuje ich replikáciu za náročnú, nie nemožnú. Všima si rozsiahle zhody v rozlíšení typov modelov na brokerské modely, modely asertívnej komunitnej liečby (ACT), na modely intenzívneho case managementu a na modely rehabilitačné. Na základe porovnania výsledkov výskumu efektivity odporúča uvažovať o dvoch modeloch ako preukázateľne efektívnych: o modely psychiatrickej asertívnej komunitnej starostlivosti a modely intenzívneho case managementu. Úvahu o problémoch s modelmi uzatvára tým, že „pravda“ pravdepodobne leží viac v komponentoch než v celistvých modeloch.. „Keď chceme navrhnuť systém riadenej starostlivosti tak, aby podporil to najlepšie (najefektívnejšie) v praxi case managementu, má pre nás cenu identifikovať aktívne ingrediencie takej praxe, pokiaľ možno také prvky systému, ktoré môžeme označiť ako tie, o ktorých nemôžeme vyjednávať.“ (Rapp, 1998, s. 365).

Rapp (in Rapp, 1998, s.377–378, podľa Libra, 2015) tak v závere svojej prehľadovej štúdie zhrňuje praktické požiadavky na efektívny case management. Jeho výskum prináša osem usmernení týkajúcich sa štruktúry služby a sedem usmernení týkajúcich sa praxe, čiže priebehu služby.

Štruktúra služby:

1. Tým je usporiadaný k účelom kreatívneho plánovania práce s prípadom, riešenia problémov, zdieľania znalosti zdrojov a podpory členov tímu.
2. Tímový vedúci/ supervízory majú byť skúsený, formálne náležité vzdelaní a trénovaní profesionáli v oblasti duševného zdravia.
3. Case manageri môžu byť para profesionáli, ale potrebujú prístup k špecialistom. Zapojenie sestier môže byť v určitých prípadoch dôležité.
4. Prípadový náklad sa môže líšiť podľa náročnosti klientov, zemepisných zvláštností atď. ale nemal by nikdy prekročiť dvadsať klientov na jedného pracovníka. Priemer tohto pomeru klienti/pracovník naprieč rôznymi programami by mal byť pravdepodobne od 12:1 do 15:1.

5. Úsilie má byť zamerané na posilnenie a zaistenie kontinuity vzťahu medzi klientom a case managerom.
6. Klienti potrebujú zaistiť dvadsaťštyri hodín sedem dní v týždni prístup ku krízovým a pohotovostným službám. Také služby potrebujú klienti od pracovníkov, ktorí ich poznajú a ku ktorým majú vzťah (môžu to byť a mali by to byť case manageri).
7. Služby predchádzajúce case managementu, služby zahrňované a prepájané v priebehu case managementu a technická podpora majú byť dostupné.
8. Dĺžka case managementu nemá byť určená, je potrebné očakávať, že služba bude priebežná (aj keď sa jej intenzita v rôznych fázach môže líšiť).

Priebeh služby

1. Kontakty case managera s klientmi majú byť v prirodzenom prostredí (to znamená obmedziť kontakty v kancelárii).
2. Frekvencia individuálnych in vivo kontaktov s klientmi sa bude meniť podľa povahy a potrieb klienta, ale obecné by nemala klesnúť pod hranicu šiestich kontaktov za mesiac. Tieto kontakty majú byť doplnené telefonickými a súbežnými kontaktmi (spoločné schôdzky s tretími stranami apod.).
3. Case manager má priamo sám poskytnúť toľko „pomoci“ (ako je modelovanie, pomoc v prístupe ku zdrojom, tréning zručností, poradenstvo), koľko je iba možné.
4. Odporúčanie klientov do tradičných programov starostlivosti o duševné zdravie (ako čiastočná hospitalizácia, denná liečba, poradenstvo v kancelárii, chránené alebo prechodné pracovné programy, kolektívne bývanie atď.) je potrebné sa vyhýbať.
5. Využitie prirodzene pôsobiacich komunitných zdrojov (nájomcovia, zamestnávateľia, kouči, susedia, cirkevné spoločenstvá, priatelia, kluby, vrstevníci atď.) má byť povzbudzované.
6. Case manageri majú mať konečnú zodpovednosť za služby pre klienta (okrem medikácie). Ponechávajú si svoju autoritu dokonca aj v situáciách rozhodnutia o doporučení klienta k odborníkovi.
7. Klientom má byť poskytnutá rovnaká alebo väčšia autorita než case managerom alebo iným profesionálom v liečbe a v životných rozhodnutiach, okrem rozhodnutia o hospitalizácii.

4.1 Efektívne prvky case managementu

Rapp & Goscha (2004) zhrnuli 10 prvkov efektívneho case managementu. Toto hodnotenie priniesli analýzou dvadsaťdva štúdií, ktoré sa zaoberajú case managementom a jeho aplikáciou.

Prvky efektívneho case managementu podľa Rapp & Goscha (2004):

- 1) Case manageri by sa mali snažiť poskytnúť čo najviac pomoci alebo službu, namiesto toho, aby klienta odkazovali na viaceré formálne služby.
- 2) Prirodzené komunitné zdroje sú primárnymi partnermi (napr. prenajímatelia, zamestnávateľia, učitelia, umelecké kluby a podobne).
- 3) Práca je v komunite.
- 4) Individuálny a aj tímový case management spolupracujú.
- 5) Case manageri majú primárnu zodpovednosť za klientov v službe.
- 6) Case manageri môžu byť paraprofesionáli (ľudia z oblasti pomáhajúcich profesií). Supervízory by, ale mali mať skúsenosti a byť vyškolení.
- 7) Počet prípadov by mal byť dostatočne malý na to, aby umožnil relatívne vysokú frekvenciu kontaktov (nie viac ako 20:1).
- 8) Case management by nemal, byť časovo obmedzený, ak to je potrebné.
- 9) Ľudia potrebujú prístup k známym osobám 24 hodín denne, 7 dní v týždni.
- 10) Case manageri by mali podporovať možnosť výberu.

V tejto časti rozviním prvky efektívneho case managementu. Myslím, si že každý z týchto bodov by mal byť súčasťou každej služby, ktorá vykonáva case management.

- 1) Case manageri by sa mali snažiť poskytovať veľa pomoci alebo službu vo viacerých smeroch, namiesto toho, aby klienta odkazovali na viaceré formálne služby

Dôležitosť tohto faktoru je podstatná. Curtis et. al (1992) poučoval experimentálnych case managerov, „aby nevyvodzovali priamu zodpovednosť za starostlivosť, ale aby mu pomohli sa vysporiadať s denným programom v nemocnici, v psychiatrickej nemocnici, rehabilitačnom programe či programe liečby závislosti na alkohole“ (podľa Rapp & Goscha, 2004).

Asertívna komunitná liečba a model založený na silných stránkach poukazujú na to, že case manager by mal vykonávať väčšinu služieb. Napríklad, obidva modely sa sústreďujú na poskytnutie základného bývania, príjmy a práva, liečbu a zdravie. Macias et al. (1994) prehlásil v štúdiu o modeli založenom na silných stránkach, že ľuďom priamo asistuje case manager v širokom rozsahu služieb ako financie, denný život a v oblasti personálnych problémov (podľa Rapp & Goscha, 2004). Bond et al. (1990) rozpoznal dôležitosť sústredenia personálu na konkrétne riešenie problémov ako súčasť ich intervencií.

Programy asertívnej komunitnej liečby, ktoré má najväčšie úspechy s nezávislým životom a zamestnaním (Marx et al., 1973; Mulder, 1982; Stein & Test, 1980, podľa Rapp & Goscha, 2004), boli tie, ktorých členovia tímov pracovali intenzívne na riešení problémov danej oblasti, než by odkazovali ľudí do iných služieb (Bond et al., 1988; Chandler et al., 1996; Hoult, Reynolds, Charbonneau-Powis, Weekes & Briggs, 1983; podľa Rapp & Goscha, 2004).

Brokerský model bol jediná premenná, ktorá bola negatívne závislá v súvislosti so spokojnosťou služieb (Huxley & Warner, 1992, podľa Rapp & Goscha, 2004). Podmienky liečby, ktorým sa darilo najviac, boli tie, v ktorých case manager sprostredkoval najviac služieb priamo a mal „minimálny kontakt s poskytovateľmi služieb v komunite, okrem konzultácií nad medikamentmi (Rydman, 1990, podľa Rapp & Goscha, 2004).

2) Prirodzené komunitné zdroje sú primárnymi partnermi

Asertívna komunitná liečba a model silných stránok, predpokladajú, že case manager bude pracovať s nájomcami, zamestnávateľmi, kňazmi, susedmi, učiteľmi, umeleckými klubmi, vysokoškolskou komunitou a trénermi v mene ľudí, ktorým slúžia. Klienti sa snažia získať odborné, socializačné, životné zručnosti a pod., tieto dve modely podporujú case managera, aby im radšej pomohol, než aby ich odkazoval na špecializované programy (Rapp & Goscha, 2004).

Asertívna komunitná liečba má vo svojom obsahu „prácu so systémom neformálnej podpory: rodina, nájomcovia, zamestnávateľia“ ako jednu z možností. Model silných stránok zachádza ešte ďalej a vyžaduje objavovanie a používanie fyzického zdravia a profesionálne riadenie zdrojov, pred zvážení týchto formálnych organizovaných služieb (Rapp, 1998, podľa, Rapp & Goscha, 2004). Potreba takéhoto prístupu je zjavná vo vidieckych oblastiach, kde typicky je nedostatok formálnych služieb. Výsledky vo vidieckych oblastiach tohto postupu u oboch modeloch (asertívna komunitná liečba a model silných stránok) našli signifikantne nižšie hodnotenia, než u hospitalizácie a vysokú úspešnosť plnenia stanovených cieľov vo väčšine sociálnych sfér (Rapp & Wintersteen, 1989; Santos et al., 1993, podľa Rapp & Goscha, 2004).

Prvenstvo kladené na prirodzené zdroje komunity, je tiež v súlade s literatúrou o uzdravení, ktorá podčiarkuje vybudovanie života mimo systém psychiatrickej starostlivosti (Ridgway, 2001, podľa Rapp & Goscha, 2004).

3) Práca je v komunite

Model silných stránok a asertívna komunitná liečba poskytujú dobrovoľný režim doručovania služieb (Rapp, 1993; Test, 1992; Witheridge, 1991; podľa Rapp & Goscha, 2004).

Dôvody zahŕňajú: odstraňovanie predsudkov, minimalizujú vypadnutie z programu a posilňuje zapojenie; dovoľuje ucelené a presné posúdenie; a poskytuje viacej príležitosti k lokalizácii a individuálnemu využitiu silných stránok komunity (Rapp & Goscha, 2004).

Rapp (1993), pridáva, ak sa klientovo odhodlanie, berie vážne, tak by samo o sebe docielilo dobrovoľné návštevy bežnými, vzhľadom na to, že to väčšina klientov preferuje.

Bond et. al.(1990) prišiel k záveru, že ľudia ktorí, sú často hospitalizovaný, sú tí, ktorí sa nezúčastňujú liečby a to často vedie k syndrómu otočných dverí²(str. 895).

² Syndróm otočných dverí (revolving-door pattern) odkazuje na tendenciu klienta mať sa na istý čas dobre (abstinovať) a potom skončiť s relapsom.

4) Individuálny a aj tímový case management spolupracujú

Použitie interdisciplinárnych alebo inak nakonfigurovaných tímov, bolo charakteristickým znakom asertívneho komunitného prístupu a často sa používal ako vymedzovací bod s inými modelmi. Argumenty pre tímový postup, zahŕňajú: zníženie stavu vyhorenia (Boyer, 1991; Boyer & Bond, 1999; Salyers, Masterton, Fekete, Picone & Bond, 1998; podľa Rapp & Goscha, 2004); zvyšujú kontinuitu starostlivosti (Bond, Witheridge et al., 1991; Test, 1979; Ware, Tugenberg, Dickey & McHorney, 1999, podľa Rapp & Goscha, 2004); zvýšenie dostupnosti blízky osôb klienta (alebo prinajmenšom známych) (Bachrach, 1992, podľa Rapp & Goscha, 2004); a viac kreatívne plánovanie služieb (Test, 1979, podľa Rapp & Goscha, 2004). Výhoda individuálneho case manažera, zahŕňa tieto súvislosti: case manager je zodpovedný za klienta v programe, je časovo viac efektívny, vzhľadom na menší počet stretnutí (Bond, Pensec, et al., 1991; Degan, Cole, Tamayo & Dzerovych, 1990; podľa Rapp & Goscha, 2004); zvýšená jasnosť zadaných úloh (Degan et al., 1990, podľa Rapp & Goscha, 2004), a jedná sa o jednu osobu, s ktorou si klient vytvorí profesionálne intímny vzťah (Bachrach, 1992, podľa Rapp & Goscha, 2004).

Dvojaké rozdelenie na tímový vs. individuálny prístup má tendenciu maskovať podobnosti medzi asertívnym prístupom a modelom silných stránok. Napríklad od svojho založenia model silných stránok stanovil skupinový dohľad/ tímový prístup s cieľom kreatívneho plánovania, procesu riešenia problémov, zdieľania poznatkov ohľadom zdrojov, a podpory pre členov tímu. Zodpovednosť za skutočné poskytovanie služieb je spájaná s individuálnym case managerom, hoci supervízor, alebo dokonca aj iní členovia tímu, pôsobia ako záložný plán.

Degan et al.(1990) v jednej správe píše o tom, že tímové metódy case managementu skonzumujú príliš veľa času a pracovnej sily. Zamedzenie preťaženia zamestnancov s často sa meniacim informáciami, mnohokrát vedie k dlhým až nekončiacim stretnutiam, alebo pokusom o komunikáciu, ktoré majú falošnú tendenciu. Zamestnanci majú tendenciu „vylepšovať sa“ z dôvodu prehnaneho nadšenia. Dodatočne, ďalším problémom s tímovým case managementom je zodpovednosť v systéme, kde nie je primárny case manager okrem mapovania, s nejednoznačným výsledkom o tom, kto bude plánovať nasledujúcu liečbu.(p.268).

Obidva modely odporúčajú tímový prístup pod vedením profesionálneho lídra, ktorého cieľom je podpora tímu a plánovanie. Odlišujú sa však v tom, že dodanie služby je zodpovednosťou jedného case managera v prístupe založenom na silných stránkach s dohľadom supervízora, no v asertívnej komunitnej liečbe je typická spoločná zodpovednosť (Rapp & Goscha, 2004).

Dôkazy naznačujú, že služby poskytované tímom, nie sú úspešnejšie pri dosahovaní pozitívnych výsledkov, ako keby boli poskytnuté individuálne. Ale konsenzus spočíva v tom, že tím je potrebný na podporu a plánovanie služieb (Rapp & Goscha, 2004).

5) Case manageri majú primárnu zodpovednosť za služby klientov

Uprednostnenie týchto modelov (model silných stránok a asertívna liečba) má konečnú zodpovednosť za ľudí priradených case managerovi, skôr ako by mali zdieľať zodpovednosť s inými programami alebo agentúrami. Programy vo Wisconsin (PACT) a Kansase (model silných stránok) začali ako polo-samostatné alternatívy k súčasným systémom služieb. (Rapp & Goscha, 2004). Turner a Shifren (1979, podľa Rapp & Goscha, 2004) tvrdili: „Case management je integračným mechanizmom na úrovni klienta“ (str. 9, podľa Rapp & Goscha, 2004). Fragmentovaná zodpovednosť je základným pravidlom a presným opakom integrácie. To ale neznamená, že odporúčanie na iné programy sa nevyskytuje, ale táto zodpovednosť nie je delegovaná. Bond (1991, podľa Rapp & Goscha, 2004) zhrnul: „Terénne tímy zdravotných pracovníkov budú mať pravdepodobne menší dopad, ak sú považované za súčasť systému, ktorý sa stará o duševné zdravie, v porovnaní ak by fungovali ako samostatná jednotka“ (str. 77).

Jedna z kritik asertívnej komunitnej liečby tvrdí, že pozitívne výsledky v znížení počtu hospitalizácií na psychiatrických oddeleniach by mohli byť následkom, významného vplyvu členov tímu na rozhodnutí o hospitalizácii daného klienta, skôr ako vplyvom služieb, ktoré poskytujú (Gomory, 2001; podľa Rapp & Goscha, 2004). Rosenheck et al. (1995) poznamenal, že jeden významný faktor, ktorý pravdepodobne limitoval vplyv intervencie na niektorých miestach, bol ten, že tím nedisponoval možnosťou finálne rozhodnúť o prijatí alebo neprijatí klienta do nemocnice. Bond et al. (1990) zistil, že asertívna komunitná liečba znížila počet hospitalizácií aj vtedy ak personál nemal kontrolu nad hospitalizáciou. Vzhľadom na fakt, že väčšina štúdií o asertívnej komunitnej liečbe

zahŕňa rozšírenú zodpovednosť týkajúcu sa dôležitých rozhodnutí a výsledky sú pozitívne, vyplývajú z toho, že táto súčasť je veľmi dôležitá.

- 6) Case manageri môžu byť paraprofesionáli (ľudia z oblasti pomáhajúcich profesií). Supervízory by, ale mali mať skúsenosti a byť vyškolení

Obidva modely využívajú vo všeobecnej rovine paraprofesionálov, s tým, že podľa potreby sú využívané konzultácie s profesionálmi z lekárskej praxe a inými expertmi.

Naopak pri asertívnej komunitnej liečbe sa zistilo, že iba študované sestry, ktoré sa podieľali na tvorbe tímu mali pozitívne výsledky (McGrew et al., 1994, podľa Rapp & Goscha, 2004). V troch štúdiách zameraných na model silných stránok, boli case manageri práve študenti magisterského stupňa so zameraním na sociálnu prácu. PACT model predpisuje tímy, ktoré si nevynucujú disciplínu a ich súčasťou sú psychiatri (ako tím lídri), zdravotné sestry, sociálny pracovníci a ich súčasťou môžu byť odborní poradcovia, a poradcovia pre liečbu závislostí atď. (Rapp, 1998).

Výsledky osôb s psychiatrickými ochoreniami ako case manageri sú sľubné (Sherman & Porter, 1991; Solomon & Draine, 1994, 1995, 2001; podľa Rapp & Goscha, 2004). Obaja Solomon a Draine (1994) a Kisthardt (1993) zistili že, osoby s psychiatrickými ochoreniami vnímajú interpersonálne charakteristiky (emotívne väzby, osobná podpora) ako viac dôležité než osobné statusy (dosiahnuté vzdelanie, sociálny status), ale status užívateľ/ neužívateľ (Rapp & Goscha, 2004).

Dôkaz hovorí o tom, že case manager môže, byť vybraný zo širokého spektra ľudí (profesionáli, študenti, užívatelia) ale je tu potrebná veľmi kvalitná supervízia od profesionálov, a ľahká dostupnosť k profesionálom z lekárskeho prostredia a k iným expertom (Rapp & Goscha, 2004). Výskum v podpore zamestnania (Bond, 1998) v liečbe duálnych diagnóz (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998; podľa Rapp & Goscha, 2004) silne naznačuje, že špecialista každého typu by mal byť súčasťou každého tímu. Pred prijatím do služby a počas práce v službe sú vyžadované školenia (Bond, Witheridge et al., 1991; Modrcin et al., 1988; Sullivan & Rapp, 1991; podľa Rapp & Goscha, 2004).

- 7) Počet prípadov by mal byť dostatočne malý na to, aby umožnil relatívne vysokú frekvenciu kontaktov (nie viac ako 20:1)

Očakávania týkajúce sa priameho poskytovania služieb externých služieb, zapojenie do riešenia kríz, vysoko-individualizované služby, široké spektrum životných udalostí, do ktorých je pracovník zapojený a práca s prirodzene sa objavujúcimi komunitnými zdrojmi nevyhnutne vyžaduje nízky podiel klientov. Nízke podiely klientov jednohlasne boli odsúhlasené všetkými expertmi programu asertívnej komunitnej liečby (McGrew & Bond, 1995, podľa Rapp & Goscha, 2004) a odporúčali podiel klientov 10:1 (Test, 1992; Witheridge, 1991, podľa Rapp & Goscha, 2004). Model silných stránok navrhuje podiel medzi 12:1 a 20:1 ((Macias et al., 1994). Žiadna štúdia nenašla pozitívny výsledok pri podiele väčšom ako 20:1 (Rapp & Goscha, 2004).

Malý počet prípadov umožňuje väčšiu intenzitu kontaktu s osobami. King, Le Bas a Spooner (2000) zistili, že počet prípadov bol nepriamo úmerný s osobnou efektívnosťou. S vyšším počtom prípadov, mal case manager nižšiu schopnosť poznania domáceho prostredia klientov, presnú odozvu, napojenie na komunitné zdroje a poradenstvo bolo značne znížené. Rife, Greenlee, Miller, a Feichter (1991) zistili, že najsilnejším prediktorom pre úspešnú väzbu bol frekvencia kontaktov (Rapp & Goscha, 2004). Klienti, ktorí boli častejšie kontaktovaní, bola u nich zvýšená pravdepodobnosť, že zostanú v programe (Rife et al., 1991, podľa Rapp & Goscha, 2004).

Bond et al. (1990) špekuloval o krátkych návštevách, ktoré by mohli byť viac hodnotné ako menej frekventované, ale za to dlhšie.

V tomto bode prichádzame k trom záverom:

Po prvé, frekvencia kontaktov by mala byť dôležitejšia ako celkový počet hodín v kontakte s klientom. Používanie telefónu môže byť dobrým doplnkom, ale nie náhradou.

Po druhé, frekvencia kontaktov a výsledky hospitalizácií nikdy nebudú lineárne vzhľadom na to, že tí, ktorí sú najviac v núdzi pravdepodobne dostanú najviac starostlivosti a kontaktu, ale takisto je s nimi spojená vysoká miera hospitalizácie.

Po tretie, kvalita kontaktu, nie iba frekvencia, by mohla byť zmierňujúcim faktorom.

8) Case management by mal nemal byť časovo obmedzený, ak to je potrebné

Každý z modelov poukazuje na službu case managementu bez časového ohraničenia, hoci intenzita sa bude v každom čase meniť. Psychiatrické poruchy sú často celoživotné s cyklickým zhoršovaním symptómov. Z dôvodu vážnych a pretrvávajúcich ťažkostí je pravdepodobné, že ľudia budú potrebovať celoživotný alebo veľmi dlhodobý prístup k širokej škále služieb a zdrojov, ktoré budú poskytované veľmi osobne, aby sa zachovali dosiahnuté ciele, a aby sa dosiahol ďalší pokrok (Ridgway & Zippel, 1990; Talbott, 1988).

Dôkazy naznačujú, že krátkodobý case management môže priniesť krátkodobé výsledky pri prevencii hospitalizácie, získaní stabilného bývania a adekvátnej správe peňazí (Bond, 1991, podľa Rapp & Goscha, 2004). Pôsobivé výsledky boli dosiahnuté vďaka modelu silných stránok v krátkom období 6 mesiacov (Modrcin, et al., 1988; Rapp & Chamberlain, 1985; podľa Rapp & Goscha, 2004).

Služby case managementu, by mali byť na dobu neurčitú. Vzhľadom na dôležitosť kontinuity vzťahov a služieb by case manager alebo tím mali byť vždy dostupní; v prípade potreby nevyžaduje, aby klienti menili case managera. Salyers (1998) však naznačuje, že pomerne stabilné osoby s psychiatrickým postihnutím môžu byť prenesené do služieb s nižšou intenzitou pomerne úspešne, ak sa použije dobre naplánovaný proces (podľa Rapp & Goscha).

9) Ľudia potrebujú prístup k známym osobám 24 hodín denne, 7 dní v týždni

Každý model presadzuje názor, že case manageri by mali byť dostupní 24 hodín denne, 7 dní v týždni a väčšina experimentálnych podmienok zahŕňa tento prvok. Jedným z dôvodov pre tímové prístupy je rozšírenie tejto zodpovednosti medzi členov tímu. Čo nie je úplne optimálne je to, že ľudia potrebujú prístup ku krízovým a záchranným službám 24 hodín denne, 7 dní v týždni. Efektívnosť krízových služieb je posilnená prístupom k zamestnancom, ktorí sú oboznámený prípadom a majú vzťah s klientom, a sú odhodlaní vyhnúť sa prípadnej nemocničnej starostlivosti, ak to je možné (Carlson, Gowdy & Rapp, 1998, podľa Rapp & Goscha, 2004). To by nevyhnutne zahŕňalo case managera, vedúceho tímu alebo supervízora, členov tímu, alebo v niektorých (pravdepodobne vidieckych) oblastiach samotné krízové štáby.

10) Case manageri by mali podporovať možnosť výberu

Sloboda vybrať si tu je už viac ako desať rokov stanovenou hodnotou komunitných služieb. V skutočnosti je sebaurčenie (self-determination) a voľba jednou zo šiestich princípov modelu silných stránok od svojho vzniku na začiatku osemdesiatych rokov minulého storočia (Rapp & Goscha, 2004).). Existuje rastúci počet výskumov, ktoré naznačujú, že výber je tiež spojený s lepšími výsledkami. V podporovanom zamestnaní (napr. chránené dielne), sú intervencie založené na základe prijímania tých ľudí, ktorí chcú pracovať a sú ochotní si hľadať prácu, tak vedú k vyššej miere zamestnania. Pri podporovanom bývaní Ridgway a Rapp (1997) zistili, že ak ľudia mali dotácie a možnosti, väčšina sa presťahovala do samostatného bývania (Depp et al., 1986; Dixon, Krauss, Myers & Lehman, 1994; Newman, Reschovsky, Kaneda & Hendrick, 1994; podľa Rapp & Goscha, 2004).

Dôležitosť voľby sa prejavuje aj v stratégiách motivačných rozhovorov, ktoré sa používajú pri integrovanej liečbe duálnych diagnóz (Carey, 1996; Drake, Essock et al., 2001; Miller & Rollnick, 2002; Ziedonis & Trudeau, 1997). Dôležitosť voľby tiež zaznieva od stoviek prvých osôb, ktoré sa zotavili (Rapp & Goscha, 2004).

PRAKTICKÁ ČASŤ

5. Metodologický rámec

5.1 Výskumný cieľ

Cieľom tejto práce je zistiť ako sa uplatňuje a vykonáva case management vo vybraných adiktologických službách. Ďalej je to porovnanie aplikovaného case managementu v službách s odbornou literatúrou, a to s prvkami efektívneho case managementu podľa Rappa.

5.2 Výber organizácií pre spoluprácu na výskume

Pre uskutočnenie tejto prípadovej práce som si vybrala dve zariadenia, ktoré v Českej republike uplatňujú case management s adiktologickou klientelou. Výber som uskutočnila s použitím internetu, kde som si vyhľadala, ktoré služby case management prevádzajú.

- Prvá spoločnosť je Společnost Podané ruce o.p.s. so svojím zariadením Poradenské centrum v Brně. Toto zariadenie budem označovať ako „PR“.
- Druhá spoločnosť je SANANIM z. ú. so svojou Adiktologickou ambulanciou, ktorá sa venuje aj Case Managementu. Toto zariadenie budem označovať ako „SA“.

Prehlasujem, že anonymita zamestnancov je zachovaná, a v práci sa nevyskytujú mená ani iné označenia. Rozhovory boli zaznamenávané a pracovníci záznam potvrdili ústne alebo písomne.

5.3 Použité metódy

Pre výskum som použila ako hlavnú metódu rozhovor. Ďalej som čerpala z dostupnej dokumentácie ako letáky, brožúry a informácie dostupné z internetových stránok organizácií. Rozhovor pozostával z desiatich tém, keďže Rapp uvádza desať prvkov efektívneho case managementu. Ku každej z tém som si zvolila smerodajné body, vďaka ktorým som mohla klásť otázky. Otázky boli otvoreného charakteru. Rozhovory nemali prísny rámec, plynule som sa snažila nadväzovať na príbuzné témy. Každý z rozhovorov som ukončila, otázkou: „Chcete ešte niečo dodať?“ V každom zo zariadení som mala interview s jedným zamestnancom, ktorý bol case manager.

5.4 Charakteristika organizácií

5.4.1 SANANIM z.ú.

Pracovníci SANANIM z.ú., v roku 2012 došli k záveru, že klienti stagnujú v kontaktnom centre, prípadne opakujú liečbu a znovu relapsujú. Pri tomto pohľade si povedali, že by bolo dobrým nápadom prísť s viac individuálnejším prístupom a tak sa začal formovať case management v kontaktnom centre. Potom v r. 2015 dvaja pracovníci z kontaktného centra odišli a pod záštitou SANANIM z.ú. si z pilotného programu case managementu, vytvorili samostatnú službu.

5.4.2 Poradenská služba v Brne

Poradenská služba v Brne pracuje s ľuďmi, ktorý užívajú drogy a snažia sa zmeniť svoj životný štýl, ktorý je spojený s drogami. Pracovníci tejto organizácie riešia s klientmi problémy od dlhov, cez liečby v iných organizáciách, sociálne dávky aj napríklad zverenie detí do starostlivosti. Služba vznikla ako najlogickejšie riešenie, aby si klientov nemuseli posúvať zo služby do služby. Bol to pilotný projekt, na základe ktorého vznikla aj metodická príručka. Táto služba sa zameriava na asertívne – komunitný model.

6. Interpretácia dát

Na začiatku každého bodu uvádzam presnú charakteristiku aktuálneho princípu. Viac informácií k efektívnym prvkom nájdete v teoretickej časti. Pri každom bode je potrebné si uvedomiť, že je aplikovaný na inom území, než boli vyvíjané efektívne prvky a preto musíme brať ohľad na možnosť uplatniteľnosti týchto prvkov.

- 1) Case manageri by sa mali snažiť poskytovať čo najviac pomoci alebo službu vo viacerých smeroch, namiesto toho aby klienta odkazovali na viaceré formálne služby.

Rapp & Goscha (2004), poukazujú na to, že case manager, by mal vykonávať väčšinu pomoci v rámci služby, či zariadenia. Zariadenie SA, ani zariadenie PR, nemá štatisticky podložené údaje o tom, koľko času strávi case manager s klientom v službe a koľko

pomoci mu poskytnúť. SA predpokladá, že by to mohlo byť 50-70% času, zatiaľ čo PR má hrubý odhad na 90 – 95%, z dôvodu, že klientov neposielajú do iných služieb, lebo ich nikde nechcú, pretože sú väčšinou užívatelia. Podľa môjho názoru, nie je možné pokryť 90 – 95% pomoci klientovi v rámci služby, pretože zariadenie môže mať rôzne prepojenia ale aj tak to sú externé (formálne) služby ako polícia, úrady, právnici. Obidve zariadenia sa zhodli, že je to údaj, ktorý je ťažko merateľný, pretože je to iné pri každom klientovi.

V SA je prioritou zo začiatku nadviazanie vzťahu s klientom. Ďalšími prvkami sú sociálna práca, ktorá zahŕňa asistencie a zastupovanie pri vyjednávaní s inštitúciami, práca v prirodzenom prostredí klienta (rodina, komunita). Medzi ich základné služby patrí aj dostupnosť kľúčového pracovníka na telefóne, psychiatrická starostlivosť, individuálne poradenstvo.

V zariadení PR sa na začiatku sústreďujú na veci, ktoré sú potrebné pre klienta. Ak klient nemá nič začína sa s vybavovaním sociálnych dávok, potom nasleduje hľadanie bývania, získanie práce, riešia sa rodinné vzťahy, platba alimentov, riešenie chutí na drogu, čo to spúšťa a nakoniec sa zaoberajú aj vyplnením voľného času klienta.

Zhodnotenie:

Ak si tento prvok zasadíme do prostredia Českej republiky, čo už sa týka zákonov, poskytovania zdravotnej či sociálnej starostlivosti, tak tieto služby tento prvok spĺňajú. Odkazovanie klientov do iných zariadení či inštitúcií je veľmi obmedzené, lebo takéto orgány s adiktologickými klientmi nechcú spolupracovať. Odkazovanie klientov do adiktologickým zariadení, či na oddelenia psychiatrie nastáva u oboch oddelení po zvážení vážnosti situácie, takže v tomto bode služby spĺňajú tento prvok.

2) Práca s prirodzenými zdrojmi

Prirodzené zdroje v SA sú súčasťou case managementu. Zameriavajú sa podľa možností na spoluprácu s rodinou, príbuznými, blízkymi osobami klienta. Nebránia sa spolupráci s rôznymi osobami napr. zamestnávateľmi. V tejto službe pracovala aj rádová sestra, ktorá bola pracovníčkou zariadenia jej služby však neboli príliš využívané. Spolupráca napr. so zamestnávateľmi je individuálna. Väčšinou sú case manageri, tí ktorí riešia problémy klientov s týmito osobami, a sú tzv. prekladateľmi – vysvetľujú vzniknuté problémy. SA má možnosti zapájať svojich klientov do chránených dielní. Týmto spôsobom sa snažia

klientov naučiť sa zodpovednosti, samozrejme bez možnosti zárobku a podobne, no má im to pomáhať pri hľadaní si práce. Rapp & Goscha (2004) uvádzajú, že služby by sa mali usilovať o zapojenie klienta do programu, ktorý mu pomáha k získavaniu akýkoľvek zručností. Taktiež sa snažia, klientovi ukázať, že tráviť voľný čas sa dá inak ako užívaním drog.

V zariadení PR spolupracujú s právnikom, pomáhajú klientom s podávaním návrhov na zverenie dieťaťa do starostlivosti, klienta sprevádzajú do liečební. Odpoveď k tomuto bodu bola v službe PR, dosť nešpecifická, pretože sa zameriavala skôr na to, čo robí ich služba. Nie na to, či využívajú prirodzené zdroje, či už s blízkymi osobami alebo so zamestnávateľmi. Služba PR nemá možnosť poskytnúť klientovi náuku nejakých zručností v rámci ich kapacít. Majú prehľad o tom, kde si môžu niektoré zručnosti osvojiť. Majú stretnutia pracovných skupín case management v Brne, raz z dva mesiace. Stretávajú sa s rôznymi organizáciami, ktoré môžu sprostredkovať nácvik pri zamestnaní. Majú zosieťované pracovné agentúry. U nich v organizácii si môžu klienti vyskúšať prácu s počítačom, základnú angličtinu a riešenie dlhov. Ak nastane situácia, keď klient potrebuje niečo vysvetliť, napr. ako sa starať o dieťa, tak sú schopní mu to vysvetliť. Na to čo majú kompetencie, tak to sú schopní spraviť.

Zhodnotenie:

Služba SA splňuje tento prvok veľmi dobre, čo sa týka podmienok prostredia. V službe PR nemôžem zhodnotiť či je prvok využitia prirodzených zdrojov naplnený úplne. Služba PR síce využíva niektoré nástroje ako spolupráca s organizáciami, ktoré zaisťujú nácvik pri zamestnaní a pod., no nemôžem posúdiť či služba v iných ohľadoch spĺňa tento prvok.

3) Práca je v komunite

V SA si dali za zodpovednosť byť aktívnymi v oblasti komunity klienta, hlavne blízkych osôb. Na začiatku vzťahu klienta s case managerom považujú za podstatné zistiť kto tvorí jeho komunitu. Či býva s rodinou, alebo má blízke osoby, s ktorými sa dá spolupracovať a zapájať ich do programu. Ich snahou je nadviazať priamy kontakt s blízkymi osobami či už na pôde služby, u klienta doma, či v externom priestore. Ak sa stretnutie koná u klienta doma a nachádzajú sa tam aj iné osoby (blízke) tak idú na to

stretnutie dvaja case manageri, jeden sa venuje klientovi a druhý tej blízkej osobe. Vypadnutie klienta minimalizujú tým spôsobom, že sa snažia s ním aspoň spojiť cez telefón. Ich snahou je klientovi pripomenúť vopred, že sa má zúčastniť stretnutia. Prípadne sa s ním dohodnúť a vyhľadávať klienta na vopred dohodnutých miestach. Ak je pacient hospitalizovaný, tak ho môžu navštíviť či mu zavolať, a snažia sa ho opäť vrátiť do ich služby, čo zabraňuje vypadnutiu z programu, a tak zabraňovať aj syndrómu otočných dverí. Stretnutia s klientmi si chcú vopred naplánovať a klientov smerovať k tomu stretnutiu. V ich programe sa nachádzajú aj klienti, ktorí potrebujú „pevnú ruku“ a rodičovský prístup, niektorý sú ale úplne samostatní a ich zotrvanie v programe je veľmi rýchle a efektívne.

PR zariadenie poukazuje na to, že práca s komunitou klienta je individuálna. Záleží na tom, aké väzby má klient so svojím blízkym okolím. Sú ochotný sa stretnúť s partnermi, rodinou, blízkymi osobami klienta. Podporujú dialóg medzi klientom a blízkymi osobami. Pomáhajú tomu, aby sa rozhovor vydaril z oboch strán, aby sa navzájom strany vypočuli. Známy klienta, ktorí nie sú drogozo závislí, sú osoby, s ktorými radšej nadväzujú kontakt a orientujú klienta na takéto osoby. Terénna práca v tejto službe tvorí približne štvrtinu ich celkovej práce. Vypadnutie z programu minimalizujú tým, že klienti môžu prísť vždy v kontaktných hodinách. Snažia sa vopred predísť relapsu a ak sa klient nedostaví na schôdzku, tak na ďalší týždeň ho zamestnanec telefonicky kontaktuje. Ak je klient hospitalizovaný, tak je s pracovníkom v kontakte cez telefón. Stretnutia s klientmi si case manageri plánujú vopred. Samozrejme klient ich môže navštíviť vždy v kontaktných hodinách.

Zhodnotenie:

SA zariadenie a aj zariadenie PR majú prácu v komunite veľmi pekne rozpracovanú. Ich ciele v tejto rovine sú jasné a to jednoznačne spolupráca v komunite, preto obidve služby hodnotím, tak že spĺňajú tento prvok vo všetkých ohľadoch.

4) Individuálny a aj tímový prístup case managementu spolupracujú

V zariadení SA si case manageri delia niektorých klientov a tak praktizujú z časti tímový a hlavne individuálny prístup. Toto rozdelenie je veľmi prínosné pre case

manažera, pretože väčšinou sú to klienti nároční, ktorí by spotrebovali veľa energie daného case manažera, čo vlastne zabraňuje syndrómu vyhorenia. Pri tímovom prístupe majú case manažeri spoločnú zodpovednosť za klienta. Case manažeri majú dobré vedenie a podporu v rámci supervízií a rôznych porád.

V PR sa sústreďujú na individuálny prístup case managementu, no klientov case manažeri poznajú navzájom, čo naznačuje tiež tímovému prístupu. Toto nastáva z dôvodu, že sa pracovníci v rámci kontaktných hodín striedajú, a teda využívajú aj tímový case management. Ďalej aj z dôvodu, že o svojich prípadoch diskutujú. Pozitíva ale ani negatíva som sa nedozvedela. Supervízie majú pravidelné a tímové. Podporujú sa taktiež v tíme navzájom.

Zhodnotenie:

V službe SA si rozdelením klientov vytvorili tímový prístup, ktorý vytvára nové prostredie práce s klientom, dáva iný pohľad na riešenie prípadov a teda tento prvok táto služba napĺňa. Ich supervízory sú skúsení, vzdelaní a majú dlhodobú prax v adiktologickej oblasti.

Služba PR využíva najmä individuálny prístup, ale kombinuje doň aj prvky tímové, keď napríklad o klientoch diskutujú. Ich supervízie vedú odborníci z oblasti adiktológie, ktorí sú skúsení a potrebne vzdelaní. Táto služba prepája tieto dve prístupy a preto ju hodnotím, tak že tento prvok, spĺňa no neviem posúdiť do akej miery je naplnený, keďže nepoznám kladné ani záporné stránky týchto prístupov.

5) Case manažeri majú primárnu zodpovednosť za služby klientov

V SA je zodpovednosť za klienta chápaná v zmysle, že je pracovník zodpovedný za spoluprácu klienta a pracovníka. Za to, aby pracovník dával pozor na to, či dohodnuté ciele sú na programe alebo nie. Taktiež aj odprevádzanie klienta do rôznych inštitúcií ako napr. úrady, je istou zodpovednosťou, ak sa klient napríklad bojí, tak zaňho rozpráva case manager. Klientov do programu integrujú hlavne nadviazaním vzťahu a ponúknutím dostupných služieb či prostriedkov. Case manažeri sa snažia klientov správne nasmerovať, či prípadne mu dohovoriť, že takto to nejde. A v rizikových situáciách klientovi dohovára pracovník, aby sa rozhodol inak a tak sa neohrozoval.

Zodpovednosť za klienta je v PR chápaná ako napríklad zastupovanie klienta na úrade. Ak sa klient bojí, tak zaňho case manager rozpráva. Sú ochotní klientovi pomôcť pri vybavovaní vyšetrení a pod. Snažia sa byť asertívni, ale zodpovednosť za klienta nepreberajú. Iniciatíva pracovníkov spočíva v tom, že sa klienta pýtajú a ak sa to dá naplniť, tak zákazku sa snažia naplniť. Ak klienta predávajú do inej služby, tak sa snažia klienta sprevádzať na prvú schôdzku.

Zhodnotenie:

Služba SA si kladie za zodpovednosť vzťah klienta a case managera, čo je veľmi podstatná vec. Ďalej sú ochotní zodpovedať za klienta a riešiť jeho problémy za jeho prítomnosti v rámci iných zariadení, či organizácií. A často je na nich aj rozhodovanie za klienta v oblasti liečby a pod. Prvok efektívneho case managementu je v tejto službe dostatočne naplnený.

Služba PR je ochotná zodpovedať za svojho klienta v iných zariadeniach a organizáciách, ak si o to klient požiada. No, problémy klienta neriešia spontánne, skôr je to otázkou zákazky klienta. Týmto táto služba efektívny prvok naplňa iba z časti, a preto ho posudzujem ako nedostatočný.

6) Case manageri môžu byť para-profesionáli (ľudia z oblasti pomáhajúcich profesií).

Supervízory by, ale mali mať skúsenosti a byť vyškolení

SA zariadenie má troch case managerov, psychiatra, ktorý jazdí do terénu, ak je to potrebné, a pracovníka, ktorý sa venuje vedeniu a terapeutickému časti – inak povedané, odbornému vedeniu case managementu. Pracovníci sú vzdelaní: psychológ, psychológ – sociálny pracovník, adiktologička, psychiater a sociálna pracovníčka. Všetci okrem psychiatra mali skúsenosť s adiktologickými službami a taktiež majú všetci okrem psychiatra dokončený alebo rozrobený psychoterapeutický výcvik. Členov tímu vyberá vedenie a pracovníčka k tomu poverená. Case manager by mal mať minimálne 25 rokov, aby vedel čo vlastne od života chce, mal by mať rozrobený psychoterapeutický výcvik, prax z adiktologických služieb, vysokoškolské vzdelanie. Mal by mať pochopenie pre klientov adiktologických služieb. Pracovníci majú povinné školenia a kurzy pre

pracovníkov SANANIM z.ú. Supervízor má za úlohu podporovať pracovníkov tímovo či klientsky.

Zariadenie PR nevyužíva pomoc užívateľov, či bývalých užívateľov. Tím tvoria prevažne sociálni pracovníci, terapeuti a koterapeuti. V službe nemajú adiktológa. Zdravotná sestra sa nachádza v kontaktnom centre. Členov tímu vyberá vedúci služby, jeden člen tímu a jeden člen vedenia. Aby pracovník bol case manager, musí mať vzdelanie podľa zákona. Musí mať psychologické, pedagogické, či sociálne vzdelanie. Musí byť schopný pracovať s rôznymi typmi ľudí. Musí byť flexibilný a mať vyriešenú otázku drog. A musí byť schopný tímovej práce. Pracovníci môžu navštíviť rôzne kurzy, ktoré ich zaujímajú. V rámci PR majú povinné 3 kurzy: multidisciplinárny drogový kurz, motivačné rozhovory a krízové intervencie. Terapeutický výcvik je v tomto zariadení výhodou. Supervízor má podporovať tím, klientske príbehy a klientsku prácu.

Zhodnotenie:

Obidve služby využívajú zamestnancov z rôznych oblastí. Pri službe PR ale chýba adiktológ a psychiater dostupný iba pre túto službu. Ani jedna zo služieb neintegruje bývalých užívateľov, zdravotné sestry či iné odbornosti vhodné pre túto službu. Zariadenie SA je v tomto prvku v lepšom stave, no ani jedno zariadenie tento prvok nespĺňa úplne.

7) Počet prípadov by mal byť dostatočne malý na to, aby umožnil relatívne vysokú frekvenciu kontaktov (nie viac ako 20:1)

Zariadenie SA má frekvenciu kontaktov nastavenú aspoň raz za týždeň. S tým, že ak je potrebné tak viac a ak sa kontakt neuskutoční tak je možné aby interakcia medzi klientom a pracovníkom prebehla po telefóne. Maximálne, ale 6 kontaktov za mesiac. Nie je možné, určiť či je podstatnejšia frekvencia kontaktov, alebo počet hodín, ktoré case manager s klientom strávi. To či sa klient udrží v liečbe, sa nedá určiť na základe frekvencie kontaktov. Počet klientov na jedného case managera je 10 maximálne 12. Každý manager pracuje na pol úväzok, a tak je počet klientov 5 až 7. Telefón využívajú občas aj ako náhradu kontaktu, ak sa klient nedostaví na stretnutie, alebo preňho nemá case manager voľno v diári. Kvalita kontaktu, resp. stretnutia sa odvíja hlavne od problémov klienta. Ale

ak klient nie je schopný sám sa rozhodovať, či nechce riešiť problémy tak ho case manager môže dotlačiť k danému rozhodnutiu, tak aby stretnutie nebolo vymrhaným časom.

V zariadení PR je frekvencia stretnutí individuálna. Pretože, majú klientov, ktorý napríklad už ich pomoc nepotrebujú ale stretnú sa iba raz ročne na vianočnej schôdzke. Títo klienti, slúžia ako vzor klientom, ktorí ešte iba začínajú v službe PR, ako hnací motor. Nemajú nastavený počet stretnutí za mesiac. Ak je potrebné kontaktujú klienta telefónom. Ak je niekto hospitalizovaný, tak telefonát slúži ako náhrada osobného kontaktu. Občas im klienti volajú iba, aby o sebe dali vedieť. Ale pracovníci si stavajú na osobnom kontakte. Dĺžka kontaktu je u niektorých pacientoch mesiac, rok ale aj tri roky. Opäť je to veľmi individuálne. V PR si zakladajú na intenzite kontaktov. Uprednostňujú dĺžku jedného kontaktu, než kratšie stretnutia. Pri kontakte je podstatné, aby tam bolo obojstranná otvorenosť, priehľadnosť, aby klient vedel ako služba funguje. Budovanie dôvery a autenticnosť sú to, na čom si zakladajú. Počet klientov na jedného case managera je 15 maximálne. Ale ak sú prípady náročné tak 6 klientov je už veľa.

Zhodnotenie:

Služba SA si udržuje počet šiestich stretnutí za mesiac, zatiaľ čo služba PR nemá obmedzený počet stretnutí čo považujem za mínus. Obidve služby majú približne 10 až 15 klientov na pracovníka, čo je veľmi vhodné. Taktiež obe služby využívajú telefón ako zdroj kontaktu. Služba SA spĺňa tento bod úplne, zatiaľ čo služba PR má nedostatok v počte stretnutí za mesiac a tak bod nespĺňa naplno.

8) Case management by nemal byť časovo obmedzený, ak to je potrebné

Case management v SA je dlhodobý a časovo neobmedzený. Služba teda nemá časové ohraničenie. Samozrejme opäť to závisí klient od klienta. Dá sa povedať, že krátkodobý case management praktizujú v SA, s tým ale, že sú to väčšinou zotavení klienti, ktorí potrebujú iba určitú formu podpory, alebo tehotné ženy, ktoré sa väčšinou po pôrode nevrátia do programu. Intenzita dlhodobého a krátkodobého case managementu sa nedá porovnať. Nie je ani možné popísať výsledky krátkodobého case managementu, z dôvodu, že to je individuálne. Case manageri majú pre klientov vo všeobecnosti vyčlenený pracovný čas, nedá sa povedať koľko hodín na klienta je vopred určených.

PR ma case management časovo neobmedzený. Ak to klient potrebuje tak službu navštíví. Ak sa jedná o intenzívny case management tak je to doba približne troch mesiacov a klient opúšťa službu. Ale samozrejme sú prípady keď to trvá rok a viac. Klienti sa môžu vracat' a opäť riešiť tie isté problémy. Podľa tohto zariadenia sa krátkodobý či dlhodobý case management posudzuje individuálne od klienta. Počet hodín na klienta je určený podľa potrieb.

Zhodnotenie:

Tieto služby praktizujú neobmedzený case management a poskytujú priebežnú starostlivosť a preto tento bod spĺňajú.

9) Ľudia potrebujú prístup k známym osobám 24 hodín denne, 7 dní v týždni

Pracovníci služby SA sú dostupný v pracovnej dobe. Prístup 24 hodín denne, 7 dní v týždni nemajú. Ak je case manager ochotný, tak si svoju pracovnú dobu predĺži, či si vymení časy. Ak sú pracovníci nedostupný z dôvodu čerpania dovolenky, tak klienta dopredu predá svojmu kolegovi, s tým, že je s touto skutočnosťou oboznámený vopred aj klient. Mimo pracovnú dobu sa snažia case manageri odkazovať klientov na rôzne krízové linky a pod.

V PR sú dostupný klientom v kontaktných hodinách. Mimo kontaktných hodín je možné klientovi poskytnúť stretnutie/kontakt, ak vyhodnotí tím, že je to potrebné. To isté platí aj o telefonickom kontakte. Ak case manager nemôže poskytnúť kontakt svojmu klientovi, tak je klient vopred oboznámený s tým, že ho pracovník predáva svojmu kolegovi.

Zhodnotenie:

V tejto oblasti nie je dostupná ani jedna služba. Obidve služby ponúkajú pomoc v akútnych problémoch, no ani jedna neposkytuje služby dvadsaťštyri hodín denne sedem dní v týždni. Preto tieto služby nespĺňajú tento prvok.

10) Case manageri by mali podporovať možnosť výberu

Case manageri v SA sa snažia klienta viesť a usmerňovať, ale to ako sa rozhodne je na ňom. Výber bývania, je v rámci Prahy veľmi malý. Na chránené bývanie sa čaká aj viac ako rok a preto, sa snažia case manageri, klientovi hľadať iné riešenia. Bývanie v azyle je nezmyselné, ak klient užíva návykové látky, pretože pre ubytovanie je vyžadovaná abstinencia. Case manageri vedú svojich klientov k samostatnosti, aby situácie, ktoré sa často opakujú zvládali sami.

Zaradenie PR necháva klientovi voľnú ruku. Ak klient chce radu od case managera, tak manager je ochotný mu pomôcť. Je to na klientovi ako sa rozhodne. V zariadení PR ma zaujímalo ako si klienti hľadajú zamestnanie, resp. ako im pomáha case manager a funguje to takto. Najprv je potrebné zistiť či má klient občiansky preukaz, výučný list alebo iné potvrdenie vzdelania. Potom je otázne, čo ešte klient dokáže robiť nakoniec sa hľadá konkrétna práca. V tomto procese je podstatné smerovanie pracovníka.

Zhodnotenie:

Zatiaľ čo v SA sa snažia klienta smerovať na správnu cestu, v PR zariadení je to na klientovi či si požiada o pomoc, ak áno pracovníci ho navedú na správny smer. Obidve služby nechávajú klientovi voľnú ruku v rozhodovaní sa a tým mu prejavujú potrebnú autoritu. Tento prvok obidve služby splňajú.

7. Diskusia a závery

V prvej časti diskusie by som sa chcela zamerať na konštruktívnu kritiku mojej bakalárskej práce. Teoretická časť vychádza z literatúry, ktorá je aplikovaná v iných geografických a kultúrnych podmienkach. Základným pilierom mojej práce je protokol americkej organizácie SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, americký Úrad pre služby v oblasti návykových látok a duševného zdravia), ktorý nesie názov Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment (Komprehenzívny case management v liečbe zneužívania návykových látok). Pri popisovaní efektívnych prvkov case managementu som vychádzala z príručky od Rapp a Goscha z roku 2004 a taktiež som sa opierala o prehľadovú štúdiu Rappa z roku 1998, kde požiadavky na efektívny case management zhrnul. Tieto efektívne prvky boli uplatňované v inom prostredí, než je Česká republika, a preto musím brať do úvahy, že v iných krajinách sú iné zákony, poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti je tiež odlišné. Taktiež nemôžeme porovnávať akým historický vývojom prešla táto krajina a akým napríklad Amerika, či krajiny Západnej Európy.

Moja práca má charakter prípadovej štúdie, keďže najlepší spôsob ako zistiť či sa daný prvok aplikuje, je porovnanie danej organizácie s odbornou literatúrou.

Pre zber dát som použila hlavne semi-štrukturované rozhovory. Ďalej som čerpala z dostupnej dokumentácie ako sú informačné letáky, brožúry a informácie dostupné voľne na internetových stránkach danej organizácie.

Rozhovory som viedla vždy s jedným zamestnancom služby. V tomto vidím problém, pretože po vypracovaní praktickej časti som zistila, že dáta nemusia byť presné a môžu byť skreslené. Hlavne mi chýba výpoveď klientov, ktorá by mala tiež určitú vypovedajúcu hodnotu.

Pri zbieraní dát som bola limitovaná neochotou zo strany organizácií, hlavne ak som ich žiadala o operačný manuál. V službe SA nechcú uverejňovať svoj operačný manuál, pretože sa obávajú, že bude skopírovaný inou organizáciou, ktorá by chcela aplikovať case management. V službe PR som dostala odkaz na metodickú príručku: Case management so zotavujúcimi sa užívateľmi návykových látok od Nepustila a Szotákovej. Bohužiaľ táto príručka je výstupom projektu, nie operačným manuálom služby. Informácie, ktoré som

dostala boli viac na obecnej rovine, preto mám pocit, že organizácie chránia seba neposkytnutím informácií.

Výsledky porovnávania organizácií naznačujú, že case management v SANANIM z. ú., môžeme označiť ako efektívnejší než case management v službe Poradenské centrum v Brne, pretože spĺňa úplne osem z desiatich prvkov efektívneho case managementu a dva nespĺňa. Case management v organizácii SANANIM z. ú. poskytuje cez case managerov dostatok pomoci svojim klientom, neodkazuje klientov na iné organizácie, ak to nie je potrebné. Case manageri sa snažia vytvárať vzťahy a byť v kontakte s rodinou a blízkymi osobami, spolupracujú s komunitou klienta. Tímový prístup má v tejto službe dôležitú úlohu, hlavne pomáha managerom zvládnuť ťažšie prípady klientov, ľahšie. Táto služba neberie vzťah klienta a case manažera na ľahkú váhu, sú ochotní zodpovedať za klienta a pomáhať mu riešiť jeho problémy. Počet stretnutí klienta s case managerom sa pohybuje do šiestich stretnutí za mesiac a ako zdroj kontaktu slúži aj telefón. Case management je neobmedzený a tak sa tam klient môže vždy vrátiť. Možnosť výberu u klienta je v tejto službe zachovaná.

Negatíva spočívajú v tom, že služba síce má multidisciplinárny tím, no nemá v tíme zdravotné sestry ani bývalých užívateľov. A značným problémom je, že služba nie je dostupná nonstop.

Case management v organizácii Podané ruce v Brne spĺňa štyri prvky úplne, dva čiastočne, tri nespĺňuje a jeden nemožno posúdiť. Túto službu zhodnocujem ako neefektívnu podľa efektívnych prvkov case managementu podľa Rappa. Case manageri v službe sa snažia poskytovať čo najväčšiu pomoc v ich službe, klientov odporúčajú do iných zariadení iba keď to je nutné. Spolupracujú s komunitou klienta a snažia sa, aby vzťah klienta a jemu blízkych osôb zosilnel. Služba nie je časovo obmedzená, a preto klienti môžu zotrvať tak dlho ako uznajú za vhodné, či sa opäť vrátiť. Táto služba tiež podporuje slobodu výberu u klientov. Prvý prvok, ktorý nebol úplne naplnený je ten, že služba využíva tímový aj individuálny prístup case managementu, no nedostala som informácie o kladných a záporných stránkach a teda nemôžem zhodnotiť nakoľko je tento prvok splnený. Ďalším prvkom zahŕňa aj počet stretnutí s klientmi, kde táto služba nemá stanovený počet stretnutí a je v podstate závislý od klienta. Preto táto služba nespĺňa tento prvok úplne.

Tri prvky služby nespĺňa, no dve sú zhodné so službou SANANIM z.ú., a to že, služba nie je dostupná nonstop a taktiež, to že tím Poradenské služby v Brne je ochudobnený o adiktológa, zdravotnú sestru a bývalého užívateľa. Posledným nenaplneným prvkom je to, že služba neiniciuje riešenie klientových problémov, ale čaká pokiaľ klient zadá zákazku.

Cieľom tejto práce bolo zistiť ako služby, ktoré praktizujú case management v adiktologických službách v Českej republike, aplikujú efektívne prvky case managementu, a či tieto služby môžeme hodnotiť ako efektívne podľa Rappa.

Teoretická časť popisuje začiatky case managementu, dôvody prečo zavádzať case management, hlavné charakteristiky tohto prístupu a nasledovne aj modely case managementu. Okrem týchto bodov teoretická časť obsahuje efektívne prvky case managementu, s ktorými boli porovnané služby v praktickej časti.

Praktická časť bola zameraná na evaluáciu dvoch služieb, ktoré aplikujú case management pri práci s adiktologickými klientmi. Konkrétne boli tieto dve služby podrobené rozhovorom, v ktorých boli zistené informácie potrebné k porovnaniu s efektívnymi prvkami case managementu podľa Rappa. Výsledkom tohto výskumu bolo zhodnotenie, či služba aplikuje efektívne prvky, do akej miery ich napĺňa a nasledovalo zhodnotenie o tom či je služba efektívna. Služba SANANIM z.ú. v tejto evaluácii skončila ohodnotením ako efektívna služba, zatiaľ čo služba Poradenské centrum v Brne, kvôli nedostatočnému zástupu prvkov v prístupe sa javí ako neefektívna.

Zastúpenie alebo nezastúpenie efektívnych prvkov v prístupe a ich porovnávanie s teóriou podľa Rappa, nemusí v každom prípade definitívne rozhodnúť o efektívnosti case managementu v danej službe. Za predpokladu vytvorenia dlhodobého výskumu s cieľom zistiť vplyv case managementu na zníženie hospitalizácii klientov, zníženie relapsov, zníženie užívania, získanie bývania a zamestnania a pod. je možné, že takýto výskum by potvrdil efektívnosť case managementu danej služby, aj napriek tomu, že služba niektoré efektívne prvky neobsahuje. Priamy vplyv prístupov skúmaných služieb v praktickej časti na výsledky u klientov nebol obsahom výskumu.

Prínosom tejto práce v teoretickej časti je bohaté zhrnutie zahraničnej literatúry, ktorá môže byť prínosom pre českého a slovenského čitateľa. V praktickej časti je prínosom získavanie, vyhodnotenie dát a ich následné porovnanie s teoretickým rámcom.

Táto práca je prínosom, aj z dôvodu, že podobných štúdií so zameraním na efektívny case management je v rámci Českej republiky nedostatok.

Prvky efektívneho case managementu je potrebné aktívne vyžadovať od služieb, ktoré využívajú case management ako prístup pri liečbe adiktologických pacientov.

Zdroje

Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Bond, G. R., Witheridge, T. F., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J., & De Graaf-Kaser, R. (1990). Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city. *American Journal of Community Psychology*, 18, 865–891

Bond, G. R., McGrew, J. H., & Fekete, D. M. (January 01, 1995). Assertive Outreach for Frequent Users of Psychiatric Hospitals: A Meta-Analysis. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 1, 4.

Bond, G. R. (1998). Principles of the individual placement and support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11–23.

Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). (2012). *Comprehensive case management for substance abuse treatment*. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Degan, K., Cole, N., Tamayo, L., & Dzerovych, G. (1990). Intensive case management for the seriously mentally ill. *Administration and Policy in Mental Health*, 17(4), 265–269.

Dvořáková, Z. Nepustil, P. (2010). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Interní materiál. Brno: Sdružení Podané ruce, o. s.

Haasová, K. (2008). Úvod do case managementu. In K. Janoušková & D. Nedělníková (Eds.), *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky* (s. 305-322). Ostrava: Ostravská univerzita.

Libra, J. (2015). Case management -prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče In K. Kalina (Ed), *Klinická adiktologie*. Praha. Grada Publishing.

Linz, M. H., McAnally, P. L., Wieck, C. A., Minnesota University Affiliated Program on Developmental Disabilities., & Minnesota. (1989). *Case management: Historical, current, & future perspectives*. Cambridge, MA: Brookline Books.

- Janoušková, K., Nedělníková, D., & Ostravská univerzita. (2008). Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků: Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Kersbergen, A. L. (January 01, 1996). Case management: a rich history of coordinating care to control costs. *Nursing Outlook*, 44, 4.
- Linz, M. H., McAnally, P. L., Wieck, C. A., Minnesota University Affiliated Program on Developmental Disabilities., & Minnesota. (1989). *Case management: Historical, current, & future perspectives*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Macias, C., Kinney, R., Farley, O. W., Jackson, R., & Vos, B. (1994). The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30, 323–339.
- Matoušek, O. a kol. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál
- Musil, L. (2012a). Hospodaření v rámci případu case/care management. [rukopis]
- Newald, J. (January 01, 1986). Diversifying? Better think case management. *Hospitals*, 60, 16.)
- Rapp, C. A. (1998). The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness. New York: Oxford University Press.
- Rapp CA, Goscha RJ (2004) The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319-333.
- Siegal, H. A. (1998). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol. (TIP) Series. Rockville: DIANE Publishing.
- Siegal, H. A., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, J. H., & Cole, P. A. (January 01, 1995). The Strengths Perspective of Case Management: A Promising Inpatient Substance Abuse Treatment Enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 1, 67-72.
- Schwartz, S. R., Goldman, H. H., & Churgin, S. (January 01, 1982). Case management for the chronic mentally ill: models and dimensions. *Hospital & Community Psychiatry*, 33, 12, 1006-9.

Stuchlík, J. (2002). *Asertivní komunitní léčba, case management*. Praha: Fokus Books.

Šťastná, L. (2010). *Metodika případových konferencí v rámci interdisciplinární spolupráce města Chrudim formou case managementu*. Chrudim: Šance pro Tebe. Staženo z: <http://www.chance.chrudim.cz>.

Walsh, J. (2000). Clinical case management with persons having mental illness: A relationship-based perspective. Australia: Brooks/Cole.

Walsch, J., Holton, V. (2008). *Case management*. In K. M. Sowers, C. N. Dulmus (Eds.), *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare: Social Work Practice*, Volume 3. New Jersey: John Wiley & Sons.